

式7

アドバイス・レポート

平成28年12月27日

平成28年11月11日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ほほえみ八木通所介護事業所様につきましては、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>1. 利用者の家族等との情報交換</p> <p>送迎時の報告、連絡ノートや電話を通して家族に利用状況を伝えておられました。また、3ヶ月に1回の利用者宅を訪問し機能訓練評価報告を行う機会にも情報交換をされ、より良いサービスの提供につなげておられていました。</p> <p>2. 事故・緊急時の対応</p> <p>事故緊急時マニュアルを作成され、緊急連絡網にて指揮指令系統が明確になっていました。また、年1回緊急時対応の研修が行われ、身近な事故を想定した訓練として今年は誤嚥時の対処法の訓練をされおり、職員の緊急時対応技術の向上と、利用者の安心につながっていました。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化</p> <p>年1回職員が自らのサービス提供について自己評価をするセルフチェック（言葉使い・利用者対応・介護技術等）を実施し、その結果から課題を明確にして研修を実施することでサービスの改善に努めておられました。第三者評価を3年に1回受診されていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 業務マニュアルの作成</p> <p>業務マニュアルを整備し、必要に応じて見直しをされていましたが、見直しの基準が定められていませんでした。</p> <p>2. サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <p>個人情報保護に関しての研修が行われ、利用者の状況やサービス状況等は適切に記録・管理され、記録等の保管や持ち出し規定はありましたが廃棄に関する規程がありませんでした。</p> <p>3. 災害発生時の対応</p> <p>年に2回事業所での火災・地震等の避難訓練を実施されておりましたが、</p>

	<p>地域との連携を意識したマニュアルが整備されておらず訓練も実施されていませんでした。</p> <p>4. 利用者満足度の向上の取り組み 利用者満足度調査を実施されていませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>1. 業務マニュアルの作成 各種マニュアルは作成されていますので、定期や随時に内容の見直しを行う基準を定めることで、常に現状に沿った活用しやすいマニュアルになるのではないのでしょうか。また、非正規職員が多くマニュアルの変更の周知が困難とのことでしたが、職員会議やミーティング等の時間を利用し周知することで、より質の高いサービスの提供に繋がるのではないのでしょうか。</p> <p>2. サービス提供に係る記録と情報の保護 書類等の廃棄規程を含めた文書管理規定を整備して、保管期限の過ぎた書類だけでなく電子媒体も含め定められた廃棄方法で処理することで適切な書類の保管が可能となります。また、個人情報保護について利用者や家族の安心にもつながるのではないのでしょうか。</p> <p>3. 災害発生時の対応 事業所の建物と隣接する老人保健施設とは渡り廊下でつながっていて、災害時の協力体制があるとのことでした。しかし、その協力体制についてのマニュアルの整備がなく訓練も実施されていませんでしたので、老人保健施設や地域との連携を意識したマニュアルを作成し、合同で訓練をされることで協力体制がより具体的なものとなり、職員や地域の安心につながるのではないのでしょうか。</p> <p>4. 利用者満足度の向上の取り組み 定期的な満足度調査はサービス向上には必要なものです。過去に実施された満足度調査の回答には、感謝の気持ちや満足しているという回答が多く、調査の効果があまり期待できないと判断されて満足度調査を中止されているとのことでした。また、満足度調査以外の方法でサービスの評価を得る仕組みもあるようですが、満足度調査を実施することは利用者や家族には意見や要望を言える機会があるという大きな安心になるのではないのでしょうか。また、アンケートの質問の内容を工夫して変えてみる方法や、利用者の担当介護支援専門員や地域包括支援センター職員などへのアンケート調査を行い、サービス利用時の感想などを間接的に聞き取る方法はいかがでしょうか。</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。

(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	2673400038
事業所名	ほほえみ八木通所介護事業所
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28年12月6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。	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、サービス精神や職員の心得を玄関や事務所に掲示し、始業時のミーティングで唱和し周知に取り組みられていました。また、広報紙やパンフレットに理念を掲載し、契約時には利用者や家族に説明され理解を深めておられました。 2. 法人の会議（部長・課長・係長）や事業所の職員会議などにより職員の意見が反映される意思決定の仕組みがありました。また、処務規程により職務の内容や権限が明確にされていました。		
(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。	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. 法人の事業計画が策定され、平成27年から中長期計画として「発展強化プラン」が作成され、平成31年までの組織強化の方向性が明示されていました。 4. 法人の事業計画に沿ってサービスの向上や職員の資質の向上に向けた事業所の計画が策定され、年4回進捗状況を確認されていました。		
(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。	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。	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. 統括責任者が法令遵守の研修に参加し管理者や職員に伝達されていましたが、把握すべき法令についてリスト化されておらず、法令をすぐに調べられる体制がありませんでした。 6. 処務規程により管理者の役割や責任が明確になっていました。また、統括責任者が年1回チャレンジシート（職員の就業状況の意向調査票）の提出時に面談をし、意見や要望を聞いておられました。その際に管理者の評価について職員に聞き取りをされていました。 7. 管理者は外出時に携帯電話を所持し常に連絡が可能であり、業務予定表や記録で実施状況を把握されていました。また、緊急時の連絡表を整備し、管理者に指示を仰ぐ仕組みがありました。		

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。	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	B
		(評価機関コメント)		8. 人材育成の方針として、事業計画に「私たちの目指す職員像」を示し取り組まれていました。法人総務部で職員の採用や配置を検討されていました。また、資格取得支援としては研修の受講や受験日の勤務調整をされていました。 9. 職員の研修計画が策定され、法人全体で段階的な研修体制（新任・中堅・指導職・管理者）が整備され、外部研修を主に実施されていました。また、事業所の年間研修計画において、接遇、感染症や人権等の研修を実施されていました。朝夕のミーティングで職員の気づきを促し検討されていました。 10. 実習受け入れマニュアルは整備されていましたが、実習指導者の研修が実施さ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。	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、具体的な取り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. 有給休暇の管理は、課長と法人総務部で管理され希望があれば取得しやすいよう配慮がされていました。年1回チャレンジシートにより就業の意向調査を実施され、法人で検討されていました。また、職員の負担軽減の取組みとして、リフト浴・電動ベットを設置し、浴室清掃に高圧洗浄器や体位変換にスライディンググローブを使用されていました。 12. チャレンジシートによる上司との面接時に要望や不満を聞き取られていました。また、福利厚生として法人で互助会を組織され、旅行や懇親会を開催し職員のリフレッシュに取り組みられていました。休憩室も確保されていました。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		13. 社協広報紙「社協だより」（年3回）やデイサービス通信（年3回）を発行し、地域への情報発信に取り組みられていました。また、情報の公表制度の事業所情報を玄関に掲示しておられました。 14. 八木支所全体での取組みとして、職員が参画して地域の高齢者サロンでレクリエーション体操の指導や、地域の小学校で車椅子体験学習などを実施し地域への貢献をされていました。また、地域住民を対象とした地域懇談会に参加し、意見交換を通じて福祉ニーズの把握に取り組みられていました。		

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
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. 事業所情報はホームページやパンフレット、広報紙「デイサービス通信」などを通して情報提供されていました。また、問合せや見学希望者の記録を残し対応され、希望による「おためし体験」を実施して利用に繋げておられました。			
(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により、保険内・保険外サービスの内容や料金について説明されていました。また、必要時には地域包括支援センターと連携し、成年後見制度・権利擁護事業を活用する仕組みがありました。			
(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	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	B	
	(評価機関コメント)		17. 所定のアセスメント様式により、定期的に利用者の心身状況や生活状況を把握し、見直がされていました。また、必要に応じて再アセスメントも実施されていました。 18. 個別援助計画は、利用者や家族の意向、希望を確認して策定され、同意を得られていました。また、サービス担当者会議においても情報を収集され、居宅サービス計画書との整合性もとれていました。 19. サービス担当者会議や退院前カンファレンス等に出席され、医師や看護師等の多職種の意見を反映され個別援助計画を策定しておられました。また、必要に応じて理学療法士、作業療法士と連携を図り情報の収集に努めておられました。 20. 計画通りにサービスが行われているか定期的にモニタリングをされていましたが、個別援助計画の作成手順や見直し基準がありませんでした。			
(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)		21. サービス担当者会議や退院前カンファレンスに参加し、介護支援専門員や医療機関と連携され、また南丹市関係機関一覧表を設置し、支援体制がありました。地域包括支援センターとも密に連絡を取られていました。			
(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。	A	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. 業務マニュアルを作成し、全職員に配布され周知を図っておられましたが、見直しの基準が定められていませんでした。 23. 利用者のサービス提供状況は適切に記録し管理されていました。記録の保管や持ち出し規程はありましたが、廃棄の規程がありませんでした。 24. 定期的な職員会議、毎朝夕のミーティング、連絡ノートを活用し、利用者情報を職員間で共有されていました。 25. 送迎時の報告、連絡ノートや電話を通して家族に利用状況を伝えておられました。また、3ヶ月に1回の利用者宅を訪問し機能訓練評価報告を行う機会にも情報交換をされていました。			
(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)		26. 感染症予防マニュアルを策定し職員全員に配布され、年1回研修を実施して最新の情報を職員に伝達しておられました。 27. 事業所内は清潔を心掛け、また、フローアークや手すり等の消毒や1日2回の換気を実施され臭気がありませんでした。		
(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	B
	(評価機関コメント)		28. 事故緊急時マニュアルを作成され、緊急連絡網にて指揮指令系統が明確になっていました。また、年1回緊急時対応の研修が行われ、身近な事故を想定した訓練として誤嚥時の対処法の訓練をされていました。 29. 事故緊急時マニュアルに基づいて、事故報告書やヒヤリハット報告書を作成し会議等で対応を検討されていました。また、半期ごとに事故報告書の集計と分析を行い、結果を職員に周知し再発防止に努めておられました。 30. 災害対応マニュアルや防災マップ等を整備し、年2回避難訓練を実施されていましたが、地域との連携を意識した訓練は行われていませんでした。		

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						
		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. 毎年法人で人権研修を実施し、事業所内研修でも実施することで確認の機会となり、日々のミーティングでも随時検討されていました。 32. 事業所内研修の「介護疑似体験」では、職員が入浴を体験し利用者の羞恥心に対する配慮について確認しておられました。 33. 基本利用受入れを断わらない方針で、受入れが困難な場合は介護支援専門員と相談し適切に対応されていました。		
(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)	<p>34. 連絡ノートの活用や送迎時、年4回家族懇談会や機能訓練評価報告の訪問時に意見や要望の聞き取りを行っておられました。</p> <p>35. 意見、要望等は職員会議で検討し、必要に応じ介護支援専門員や居宅サービス事業所とも連携してサービスの改善につなげておられました。また、意見・要望は「デイサービス通信」に掲載し公開されていました。例えば、機能訓練の時間とコーヒータイムの時間が重なり不満があったので機能訓練プログラムを変更されました。</p> <p>36. 重要事項説明書に相談窓口と連絡先が記載されていました。また、月2回のボランティアがあり、その時に利用者からの要望や苦情の聞き取りを依頼し、ボランティアとの交流会で集約されていました。</p>		
(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。	C	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。	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)	<p>37. 満足度調査は実施されていませんでした。</p> <p>38. サービスの質の向上について職員会議で検討されました。なんたん通所部会に参加し、情報交換や取り組みの比較検討をされていました。</p> <p>39. 職員が自らのサービスについて自己評価するセルフチェック（言葉使い・利用者対応・介護技術等）を実施し、その結果から課題を明確にして研修を実施することでサービスの改善に努めておられました。第三者評価を3年に1回受診されていました。</p>		