

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

平成 29 年 4 月 12 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 29 年 3 月 9 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたデイサービスセンター千本笹屋町様につきましては、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

特に良かった点とその理由 (※)	1. 労働環境への配慮 ・法人本部において就業状況や意向を一元的に把握し、労働環境について検討されていました。育児休業や介護休業の規定を整備し取得実績がありました。またそれぞれ広さが異なる 4 種類（一人用、歩行器用、車いす用等）のトイレや浴室の改修を行い、利用者に使いやすく、職員の介護負担軽減にもなるよう取り組まれていました。 2. 人権等の尊重 ・毎日の朝礼終礼や月 1 回の職員会議で人権を尊重したサービスの提供について振り返りを行い、随時問題点や課題について検討し対応されていました。 また、身体拘束禁止が業務マニュアルに明記されていました。高齢者虐待や人権の尊重に関しては法人の課題別研修だけでなく、事業所単独で勉強会を開催するなど積極的に職員への周知を図り、利用者を尊重したサービスの提供に取り組まれていました。 3. 質の向上に対する検討体制 ・サービスの質の向上について毎日の朝礼終礼や月 1 回の職員会議、事業所長会議、マーケティング会議で検討されていました。また、「ささえ愛の会」（近隣事業所の集まり）に参加され、他の事業所との情報交換や取り組みの比較検討をされていました。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	1. アセスメントの実施・個別援助計画等の見直し ・初回利用時に、面接記録シートを使用し、アセスメントを行っていましたが、定期的にアセスメントの更新ができていませんでした。また、定期的な計画の見直しの基準がありませんでした。

	2. 業務マニュアルの作成 ・法人のマニュアルと事業所のマニュアルが作成されていました。法人のマニュアルは年に1回更新されていましたが、事業所マニュアルは見直し、更新がされていませんでした。 3. 利用者満足度の向上の取り組み ・利用者満足度調査が実施されていませんでした。
具体的なアドバイス	1. アセスメントの実施・個別援助計画等の見直し ・定期的にあセスメントを実施することで、より細やかに利用者・家族の状況や課題を把握できることとなります。適切に状況把握や計画の見直しが実施できる仕組みとして、通所介護計画の作成手順をマニュアル化(アセスメントから計画・実施・モニタリング・評価・計画の再作成のサイクルを作り期間を明記するなど)を検討されてはいかがでしょうか。 2. 業務マニュアルの作成 ・業務マニュアルは作成されていますので、常に現状に沿った活用しやすいマニュアルにするため、随時や定期的に内容を検討できるよう見直しの基準を定めてはいかがでしょうか。例えば、業務改善策や事故防止策を検討された際に、実務を行う上で実用的な手順書となるよう見直しの基準を記載されてはいかがでしょうか。各種会議で定期的にマニュアルの読み合わせを行うことで、変更されたマニュアルが職員に周知され、より質の高いサービスにつながるのではないのでしょうか。 3. 利用者満足度の向上の取り組み ・定期的に満足度調査を実施することは、利用者やその家族にとって意見や要望が言える機会となります。また、アンケート結果を検討し、その内容をプライバシーに配慮し公開することで利用者やその家族にとって安心感につながり、事業所との信頼関係が一層深まるのではないのでしょうか。

※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	2670200456
事業所名	デイサービスセンター千本笹屋町
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・居宅介護支援
訪問調査実施日	平成29年3月27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. 法人の基本理念・運営方針を明確にし、事業所内掲示やホームページなどを活用して周知されていました。また月1回、職員会議において理念や運営方針を確認されていました。 2. 定期的に開催される各種会議(事業所長、マーケティング、職員)や各種委員会を設置し、案件別の意思決定方法が定められ、職員の意見も反映される仕組みがありました。また業務分掌を整備し、各職務の責任を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	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。		B	A
	(評価機関コメント)		3. 単年度の事業計画は作成されていましたが、中・長期の計画は明文化されていませんでした。 4. 事業計画に基づき、各業務レベルにおいて課題が設定され、月1回、職員会議で進捗状況を確認し、報告されていました。			
(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. 法令遵守マニュアルを整備し、関係法令に関する研修が行われていましたが、把握すべき法令についてリスト化するなど、職員がすぐに調べられる体制にはなっていませんでした。 6. 業務分掌で役割と責任を明確にされていました。またセンター長が年1回職員と面談することで、職員の意見や管理者の評価も確認されていました。 7. 管理者は事業所を離れるときは携帯電話を所持し、業務日報の確認や現場業務に従事することで事業運営の管理をされていました。緊急時の連絡手順と連絡網が整備されていました。
--	--	------------	--

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	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	A
		(評価機関コメント)		8. 法人本部において人事関係を一元的に管理されていました。採用後は介護福祉士や介護支援専門員の受験対策研修を開催されていました。 9. 法人の研修計画に基づき、「一般階層別研修(新人・中堅・指導職・管理者)」、「専門研修(課題別職種別)」を実施されていました。さらに事業所内部で2ヶ月に1回「気づき」を促す勉強会も開催されていました。 10. 実習生受け入れマニュアルを整備されていました。法人の実習受け入れ窓口と連携し、事前に実習担当者には、実習受け入れ研修をされていました。		
(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。	B	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。	C	B
		(評価機関コメント)		11. 法人本部において就業状況や意向を一元的に把握し、労働環境について検討されていました。育児休業や介護休業の規定を整備し取得実績がありました。また利用者の状態に応じたトイレや浴室の改修を行い、利用者にも使いやすく、職員の負担軽減にもなるよう取り組まれていました。 12. ハラスメント規定や休憩室の確保等、職員のストレス管理を行なっておられましたが、カウンセラーなど専門職による相談体制が整備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。	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. 2ヶ月に1回広報誌「笹屋町日より」やホームページで事業所の取り組みを紹介されていました。 14. 法人で年1回「健康福祉フェア」を開催し、車いす体験や介護相談のコーナーを設け、地域の介護ニーズの把握と事業所の機能を還元しておられました。		

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. パンフレットにわかりやすい料金表が記載されていました。見学希望には新規利用体験利用依頼受付表を使用し、希望時に受け付けをされていました。			
(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)		16. 重要事項説明書には料金の説明が記載されていました。また、成年後見人制度等の紹介などは同じ建物内にある居宅介護支援事業所に依頼し資料を用意されていました。			
(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	B
	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. 初回利用時に、面接記録シートを使用し、アセスメントを行っていましたが、定期的にアセスメントの更新ができていませんでした。 18. 本人や家族の希望の聞き取りはされており、計画書作成時に希望に基づいて作成されていましたが、アセスメントシートに本人や家族の希望を記載されていませんでした。 19. サービス担当者会議に参加され、主治医や関係職種（リハビリの専門職等）の意見を聞き、計画に反映されていました。 20. モニタリングは6ヶ月に1回、看護師等多職種で行っておられました。計画の見直しについては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. アセスメントに使用している書式に、家族や主治医、担当介護支援専門員の連絡先が記載され連携されていました。退院時には退院前のカンファレンスに参加し、情報の共有を図っておられました。			
(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. 法人で作成しているマニュアルと、事業所で作成しているマニュアルがあり、実用的な内容になっていましたが、事業所のマニュアルは、年1回の見直し、更新が行われていませんでした。マニュアルの更新は法人のマニュアル作成委員会で各事業所の意見を吸い上げ、検討をされていました。 23. 計画書のチェック表を使用し、利用時に計画が実行できているか確認をされていました。法人内デイサービス共通の記録書式を使用し、利用者の状態等具体的に記録をされていました。書類の扱いについてのマニュアルがありましたが、破棄についての記載がありませんでした。 24. 毎日朝礼と終礼を行い、利用者の状況を報告をされていました。その日の利用者の情報を表にまとめ（申し送りノート）情報の把握と共有を図っておられました。 25. 連絡帳を作成し、利用者の状態を家族に報告しておられました。送迎時や電話連絡で家族と情報交換をしておられました。		
(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。	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. 感染症の研修は法人の他デイサービスと合同で行っておられました。吐物処理セットの用意もされていました。 27. 職員が環境整備担当し、事業所内は清掃が行き届き、整理整頓されていました。			
(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。	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. 危機管理マニュアルの事故の定義に基づき事故報告をされていました。3ヶ月に1回法人のリスクマネジメント委員会に参加し、その内容を職員会議で周知されていました。事故の事例検討を内部研修で行われていました。 29. 事故発生時には、家族、担当介護支援専門員に報告をされていました。起こった事故に対して職員会議で検討内容の再確認をされていました。 30. 高齢者総合施設千本笹屋町防災（風害）計画、高齢者総合施設千本笹屋町事業継続計画が作成され、災害時の対応や災害時の連絡網が整備されていました。地域との連携についての記載がなく、事業所内の訓練になっていました。			

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)	31. 毎日の朝礼終礼や月1回の職員会議で人権や自尊心を尊重したサービスの提供について振り返りを行い、問題点や課題について検討し対応していました。また、身体拘束・高齢者虐待の研修が実施され高齢者の尊厳に配慮されていました。 32. 入浴時は個別にカーテンで仕切ったり、医療的処置を行う際は脱衣所を使用するなど、プライバシー保護や羞恥心に配慮したサービスが提供されていました。 33. 基本、利用受入れを断わらないことを方針とされ、受け入れ困難な場合は利用日の変更相談や法人内外の他の事業所を紹介されていました。		
(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	B
	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。	B	B
	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	B
		(評価機関コメント)	34. 連絡ノートの活用や送迎時に家族に意見や要望の聞き取りをされていましたが、利用者の意向を把握するための個別の相談面接や懇談会等は行われていませんでした。 35. 意見、要望は朝礼終礼や月1回の職員会議で検討し、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いましたが、意見・要望の改善状況について公開されていませんでした。 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、苦情マニュアルが整備され苦情等に迅速に対応できる仕組みがありました。しかし、第三者による利用者の相談機会の確保がありませんでした。		
(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てている。	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。	B	B
		(評価機関コメント)	37. 利用者満足度調査は実施されていませんでした。 38. サービスの質の向上について朝礼終礼や月1回の職員会議、事業所長会議、マーケティング会議で検討されていました。また、「ささえ愛の会」（近隣事業所の集まり）に参加され、他の事業所との情報交換や取り組みの比較検討をされていました。 39. 職員会議や事業所長会議などでサービスの質の向上について検討する機会を設け、次年度の事業計画書に反映されていましたが、年に1回以上の自己評価が実施されていませんでした。		