

アドバイス・レポート

平成25年12月25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25年8月20日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた厚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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>III適切な介護サービスの実施（5）サービスの提供 <u>通番22 業務マニュアルの作成</u> 法人で作成されたマニュアルとしての「はじめの一歩」を入職時に配布し、オリエンテーションを実施されている。写真を使ってよりわかりやすい内容となっています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>I 介護サービスの基本方針と組織(3) 管理者等の責任とリーダーシップ <u>通番5 法令遵守の取り組み</u> 法令遵守の上で事業を実施にて把握すべき法令のリスト化がされておらず、確認できませんでした。 <u>通番18 利用者・家族の希望尊重</u> ケアマネジャーを通しての希望等は一応把握出来ているが、アセスメントシートに希望・要望等の記載欄がないことで個別援助計画作成時に有効に情報が活用出来ていない状況です。 <u>通番20 個別援助計画等の見直し</u> 計画の見直しの際に実施内容や状況の変化の有無について、記録で確認できずアセスメントシート、モニタリング用紙、日々の記録が上手く連動しておらず、曖昧な状況です。 <u>通番23 サービス提供に係る記録と情報の保護</u> 利用者の記録が別ファイルに分散されているが利用者の全体像を把握するのに、1つのケースファイルの記録から全体像及び日々の様子が伺えない状況です。</p>
具体的なアドバイス	<p>I 介護サービスの基本方針と組織(3) 管理者等の責任とリーダーシップ <u>通番5 法令遵守の取り組み</u> 事業を実施すべき法令についてリスト化することで全職員への周知できることからリストを作成されはいかがでしょうか。 <u>通番18 利用者・家族の希望尊重</u> 面接報告書ではアセスメントシートとしては不十分なため、アセスメントシートから課題・目標の抽出を行い、プランへと繋げ、モニタリングにより各専門職からの意見をいただき、プランの見直しを行う書類及び仕組みを検討されはいかがでしょうか。 <u>通番20 個別援助計画等の見直し</u> 内部の会議体で専門職の意見・評価を取りまとめ、会議録に載せ意見や変更内容を周知し、個別援助計画を作成することをお勧めします。 <u>通番23 サービス提供に係る記録と情報の保護</u> 日々の様子について、情報の共有が必要です。また計画の変更や情報提供の際には記録がインプット情報として重要です。このような観点からケースファイルに集約できるよう検討され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	2672600265
事業所名	厚ディサービスセンター
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25年10月29日
評価機関名	(一社) 京都府介護老人保健施設協会

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)			I S O品質管理システムに基づいて事業計画や運営規定など、作成している。品質方針を掲げ、全職員が名札に携帯、朝礼での復唱など職員への周知徹底が行われている。各種マニュアルや人事システム、等級定義書により職務権限が定められ、明確になっている。						
(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)			事業計画と品質目標実施計画書が作成され、毎月の目標に対する達成状況を確認されている。また四半期毎に運営責任者が確認している。法人によるアンケートを実施、分析を行い、季刊誌にて利用者へ結果のフィードバックを行っている。また事業所独自でアンケートを実施し、サービスの質の向上にむけた取組みを行っている。						
(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)			外部監査以外に品質管理システムにより法人職員によるお互いの施設を評価する内部監査を年2回実施している。現場職員から経営責任者へ率直な意見が食説上がる仕組みとして年1回 経営責任者へ自己申告書が提出されている。またディ会議にて運営管理者は、現場職員からの意見を聞く場を持ち、サービスの質の向上へと努めている。						

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
	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
	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)		入職後、法人全体で新人研修を実施している。研修について、規定が定められている。研修参加後は研修履歴により報告されている。また資格取得に向けた取組として、勤務調整などを行い、キャリアアップに向けた介護福祉士、社会福祉士資格取得に向けた研修が法人内で実施されている。実習受入マニュアルも整備されており、実習指導担当者に対する研修も実施。		

(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	B
	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)		
		有給休暇や時間外労働について、取得状況は、有給届にてわかるが、データとしては法人本部で管理されており、当該事業所ではデータ化されていない。事業所での管理を望む。 外部の福利厚生サービスを利用している。休憩室について、ハード面で改善できない中、職員の工夫により、部屋の空きスペースを利用されている。		

(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
	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)		
		法人にて機関紙を発行し、近隣の民生委員、利用者や家族に配布している。また利用者のレクリエーションで作られた作品を地域のイベントなどに出展し、参加している。		

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)		
		ホームページや法人のパンフレット、機関誌等は、見やすくされており作成されており事業所にも見やすく準備されている。事業所の掲示については、字の大きさ、掲示場所について更に工夫されることが望ましい。		

(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)		
		料金等については、玄関ホールに掲示があると共に重要事項説明書においてもサービス内容と共に分かりやすく記載されている。本人様の判断能力に問題があるときは、家族との契約等もされており又、権利擁護事業を利用されている利用者も受け入れている。		

(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	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	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)		ケアマネを通しての希望等は一応把握出来ているが、アセスメントシートに希望・要望等の記載欄がないことで個別援助計画作成時に有効に情報が活用出来ていないと思われる。再度アセスメント方法について検討されることを望む。更にケアプラン変更時のみでなく定期的なモニタリングを元に援助計画の見直しを望む。			
(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)		退院前の面接時には、病院に於いてもそれぞれの専門職とも連携を行っている。在宅時の利用者についても必要に会わせケアマネを通して時には直接関係者との連携を取る事が出来ている。			
(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	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)		法人作成の基本マニュアル（はじめの一歩）だけでなく実状に合わせた手順書を作成し変更時には、周知できるように工夫されている。利用者の状況については、朝夕のミーティング時に情報の共有はされているが、ケース記録が、利用者毎にまとめられていない為か日々の記録が充分と言えず効果的なモニタリングへ繋がっていないと思われる。			
(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)		来苑時の手洗いや含嗽等の場所が充分取りにくいハード面に対して次亜塩素酸水の噴霧器の使用等で対策をしているが一時予防としての手洗い、うがいも併せて実施して頂きたい。又、感染対策委員を中心に研修及び周知徹底に努力をしている。更なる質の向上の為にも「疥癬」等についても手順書を作成し発生時に職員が戸惑わないようにして頂きたい。			
(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)		事故時等については、マニュアルのみでなくスタッフが分かりやすいようにフローチャートで作成し事務所に掲示し周知徹底を図っている。又、防災訓練等については、法人のみならず民間福祉連絡協議会開催の訓練にも参加を行い積極的に取り組んでいる。			

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

IV 利用者保護の観点

<p>(1) 利用者保護</p> <table border="1"> <tr> <td>人権等の尊重</td><td>31</td><td>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。</td><td>A</td><td>A</td></tr> <tr> <td>プライバシー等の保護</td><td>32</td><td>利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもつてサービスの提供を行っている。</td><td>A</td><td>A</td></tr> <tr> <td>利用者の決定方法</td><td>33</td><td>サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。</td><td>A</td><td>A</td></tr> <tr> <td>(評価機関コメント)</td><td></td><td>人権学習にも参加を行い更にディ会議時に勉強会や伝達講習をすることでスタッフへの意識付けも常に行っている。又、サービスの受け入れについても原則断らない姿勢を持っており受け入れの努力を行っている。</td><td></td><td></td></tr> </table>	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、常に問題意識をもつ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)		人権学習にも参加を行い更にディ会議時に勉強会や伝達講習をすることでスタッフへの意識付けも常に行っている。又、サービスの受け入れについても原則断らない姿勢を持っており受け入れの努力を行っている。							
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、常に問題意識をもつ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)		人権学習にも参加を行い更にディ会議時に勉強会や伝達講習をすることでスタッフへの意識付けも常に行っている。又、サービスの受け入れについても原則断らない姿勢を持っており受け入れの努力を行っている。																							
(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	B																					
<p>(評価機関コメント)</p>	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。	A	A																				
			法人アンケートだけでなく厚生省独自でもテーマを決めて（リハビリ等）アンケートを作成し意向把握の取り組みを行っている。只、意見箱の設置については、置き場所や聞き方の工夫をされる事で更に効果的に取り組みが出来ると思われる。又、定期的な面談については、日々の関わりの中からでも意識を持ってされて記録に残される事で次の取り組みに繋がると思われる。																						
<p>(3) 質の向上に係る取組</p>																									
<table border="1"> <tr> <td>利用者満足度の向上の取組み</td> <td>37</td> <td>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。</td> <td>A</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>質の向上に対する検討体制</td> <td>38</td> <td>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。</td> <td>A</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>評価の実施と課題の明確化</td> <td>39</td> <td>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。</td> <td>A</td> <td>A</td> </tr> </table>						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。	A	A					
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。	A	A																					
(評価機関コメント)																									