

アドバイス・レポート

平成27年4月27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10月15日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（せんしゅんかいデイサービスセンター東向日）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>○継続的な研修・○J Tの実施 職員の研修計画が基本コースと応用コースに分けて定められており、法人全体の研修と施設内で行われる研修が毎月実施されています。また、デイサービスの取り組みは職員同士で勉強し合い、検討したうえで、様々なプログラムを実施しています。</p> <p>○業務マニュアルの作成 標準的な手引きとして、介護サービスマニュアルを作成しており、年に1回作成担当者が、通所介護グループで話し合い見直しを行っています。実情に即した改定案を作成して介護運営委員会でさらに検討しており、業務に即したマニュアルが作成されています。</p> <p>○利用者間の情報共有 相談員が毎日、その日の利用者の嗜好や身体状況、好きな事等を「今日の利用者」一覧に記載して、職員が利用者の情報を一目でわかるように工夫しています。また、「相談員申し送り」に利用者の情報を記載して、職員間の情報共有を図っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○アセスメント実施 初回利用の時に基本情報とADL表によりアセスメントを実施しています。定期的にモニタリングを行い、必要に応じて個別援助計画の変更を行っていますが、定期的なアセスメントを実施した記録がありません。</p> <p>○記録と情報の保護 個人情報保護についての研修を行い、文書管理規定に記録の保存について定められていますが、持ち出しに関する規程が定められていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>短期入所生活介護、認知症対応型通所介護と併設した複合施設です。住宅地に隣接した建物で、建設前より地域住民と話し合いを重ねてこられ、十分な広さの車寄せやプライバシーに考慮した窓の設置など住宅地に配慮した建物になっています。</p> <p>5時間サービスと7時間サービスを提供し、選択出来るようにしており、施設合同の取り組みで日替わりプログラム「サロン活動」を行うなど、様々な活動を企画して、利用者や家族のニーズに応えておられます。今後も地域に根ざした施設となられるようにアドバイスさせていただきます。</p> <p>○アセスメントの記録が確認できませんでした。3か月毎に個別援助計画を見直しされていますので、変更した根拠としてご本人の身体状況等、総合的にアセスメントしたものを書式として残し、定期的にあセスメントの記録を重ねていくことで、利用者の変化が見えてくると思います。</p> <p>○記録に関する持ち出しに関する規程が明確にされていませんでした。書類を持ち出さる場合も想定して持ち出しのルールを明確にしておかれると良いと思います。</p> <p>○地域住民の方が参加できる専門性に特化した研修会や講演会等を企画されてはいかがでしょうか。地域交流スペース等の場所も積極的に活用していかれると良いと思います。又、地域の行事等に利用者と参加するようなプログラムを企画されてはいかがでしょうか。地域から利用されている利用者も多いと思いますので、利用者お一人では参加する事が出来ない行事も職員の方の同行で社会参加が可能になると思います。</p> <p>※今回の第三者評価につきましては、受診事業所のと評価機関との間で評価に関する見解に少なくない相違がありましたことを、ご報告します。</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)

※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	2673100141
事業所名	せんしゅんかいデイサービスセンター東向日
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、認知症対応型通所介護、 介護予防認知症対応型通所介護、短期入所生活 介護、介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成26年11月26日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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. ホームページ・広報誌『せんしゅん』に掲載しており、ミーティングや朝礼時に職員で理念唱和を行っています。 2. 職員の意見は、定期的開催されるデイサービス全体会議、介護運営委員会を通じて、介護責任者会議に上げていく仕組みになっています。品質マニュアルで責任と権限を明確にしています。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		3. 「マネジメントレビュー」に年度計画のビジョンを示し、それを基に部署目標管理表を作成しています。毎年、評価を行い次年度へと繋げていますが、中長期を見据えた計画が不明確でした。 4. 部署内で話し合った課題を「部署目標管理表」に目標を挙げて、年3回評価と見直しを行っています。			

(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	A
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. 法令に関する書類やインターネット情報を活用して、いつでも見られる状態にあり、年1回法令遵守に関する研修を行っています。また、法人から情報提供された掲示物はスタッフルームに掲示しています。 6. 「マネージメントレビュー」に責任者としての役割を明記し、年1回理事長が参加する部門別ミーティングや年2回の個人面談を職員の意見を聞く機会としています。また、年1回職員満足度調査を実施して職員からの評価を把握しています。 7. 日報や月間報告で状況を把握し、緊急時には連絡網や携帯で、すぐに支持を受けられる体制にあります。また、事故等が発生した場合は法人にメールで状況を伝える体制を取っています。		

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. 介護福祉士実技試験対策研修を実施しています。常勤雇用試験を年2回実施し、非常勤職員や登録職員が常勤雇用できる仕組みがあります。 9. 基本・応用コースを設定しての内部研修を行い、新入職者研修等を実施し、外部研修にも積極的に参加しています。 10. 職場体験やインターンシップを受け入れており、研修・実習受け入れマニュアルを策定しています。		
(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	B
		(評価機関コメント)		11. 法人管理部が有給休暇消化の管理をしています。また、定期的な個人面談で意向の把握に努めています。 12. 法人の医師や社労士等の相談窓口の連絡先の掲示しています。任意加入の互助会「ピロティおとくに」は加入者が少なく福利厚生を整えているとは言えません。		

(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. 広報誌『せんしゅん』、HP等で、地域の方々への運営理念等の開示を行っています。 14. 地域に向けたサポーター講座に事業所職員が参加し、法人で施設の見学会、介護相談会等の技術講習会や研修会等を行っています。		

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、パンフレットには、サービス選択に必要な情報を記載しています。また、利用体験前には自宅を訪問し、サービス内容をわかりやすく説明しています。		

(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. 契約書、重要事項説明書には、利用に際して必要となる内容や料金について、わかりやすく記載しています。		

(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)		17. 利用開始時に基本情報とADL表を用いてアセスメントしていますが、その後のアセスメントの記録が確認できませんでした。 18・19. 可能な限りサービス担当者会議に出席し、専門家の意見を参考にして、また、利用者及び家族の希望を引き出して、通所介護計画を策定しています。 20. 3カ月に一度、モニタリングに基づき通所介護計画書の見直しを行っています。		

(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. 医師の意見書やケアマネジャーからの報告書、退院サマリーや、退院時カンファレンスに出席して連携をとっています。また、地域包括支援センターと連携をとった虐待事例もあり、支援体制を確保しています。		
(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)		22. 介護サービスマニュアルを作成し、業務日誌等でチェック表を用いて確認しています。 23. サービス提供状況は、個人ファイルに適切に記録し保管していますが、持ち出しに関する規定が定められていません。 24. 相談員が毎日申し送りを作成し、新しい情報をすべてのスタッフに伝わるよう掲示しています。また、送迎時など当日に入った情報を記載する用紙もあり、スタッフ間で共有化しています。 25. 介護職員による家庭訪問を行い、家族との情報交換のみならず個々の相談や家庭環境等の聞き取りをして、サービス提供の改善や介護者の介護負担の軽減に努めています。		
(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. 毎年インフルエンザやノロウイルスの流行する時期の前には、手洗いチェッカーを用いた研修を行い、職員の感染症に対する意識、知識向上を図っています。 27. 同一敷地内にある3つの事業所の物品管理を一元化することで、効率的で無駄をなくした管理を行っています。24時間換気、オゾン脱臭装置を設置し、空気の流れを外に出す仕組みを取り入れています。また、トイレ掃除は1日3回行い、チェック表で管理しています。		

(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)		28. 法人の事故・緊急時対応マニュアルがあり、年1回研修を行っています。 29. 事故報告書は法人本部に送られ、事故防止検討会、介護安全管理委員会、介護責任者会議等で法人全体としての事故の把握、防止対策に取り組んでいます。 30. 災害発生時対応マニュアルがあり、年1回研修を行っています。地域の乙訓消火技術大会に参加しています。		

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. 人権に関する研修会を年1回実施しています。また、職員へ尊厳の保持等についての意識づけ・対応の振り返りを行なっています。 32. プライバシー保護に関する研修を年1回実施しており、パーティションの使用や個室の活用によるプライバシーの配慮に努めています。 33. 原則、医療ニーズの高い利用者等すべての利用者の受け入れ体制を整備しており、他事業所の紹介等、適宜行っています。		
(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. 満足度調査を実施し、家庭訪問を適宜行い、利用者との面談で意向を収集しています。 35. 苦情対応マニュアル、苦情対応表、苦情報告書等を整備しており、毎月、苦情・要望をまとめ、事業所内に掲示し、全職員に周知しています。 36. 事業所内に第三者機関の連絡先を掲示しています。また、重要事項説明書にも記載しており、マニュアルも整備しています。介護相談員を受け入れて相談の機会としています。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		37. 満足度調査を実施しており、その結果を踏まえた分科会報告会を開催しサービスの向上に向けた改善策を検討しています。 38. 全体会議、運営委員会、介護責任者会議の開催、QC委員会の開催により、サービスの質の評価を行い、「介護の質」の月間報告を作成しデータの分析をしています。 39. 年1回の自己評価、ISOによる内部監査、外部審査を実施しています。		