

様式 7

アドバイス・レポート

平成 29 年 1 月 31 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 28 年 12 月 20 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 春うららデイサービスセンター様につきましては、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. 事故・緊急時の対応</p> <p>・ AED が設置され、実践的な研修や訓練を受けられたことにより、デイサービス内だけでなく、地域で必要になった時に役立てることが可能になり、地域に貢献できる体制をとっておられました。</p> <p>2. 人権等の尊重</p> <p>・ 日々のミーティングや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。</p> <p>また、高齢者虐待や人権の尊重に関しては、サービスを提供する上で特に重要であるとの観点から独自で資料を作成され、勉強会を開催し職員への周知を図られていました。</p> <p>3. プライバシー等の保護</p> <p>・ 入浴時、個別にカーテンで仕切ったり、爪切りなどの整容や医療的処置を行う際は脱衣所を使用し、他のご利用者に分からないようにされていました。</p> <p>また、排泄や入浴は同性介護が行われ、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した支援がされていました。</p> <p>4. その他</p> <p>・ 職員雇用に関する方針を明確にし、処遇を充実されているため、開設以来退職者がおられませんでした。また、事業所の考え方として、資格よりも人柄を優先する採用方針を定めておられました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 全体として</p> <ul style="list-style-type: none"> ・貴事業所は、職員雇用や利用者に対する姿勢など、すべてにおいて経営者の考えが浸透しており、大変質の高いサービスが提供できていることがヒアリング及び見学により分かりました。しかしながら、それらを評価する記録類が不足しているため、調査結果としては、評価できないところが散見しました。 <p>2. 計画の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中・長期事業計画は作成されておらず、事業所としての課題の明確化、評価はされていませんでした。 <p>3. サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の記録の保管、保存、持ち出しについての規程はありましたが、廃棄に関する規程は定めておられませんでした。 <p>4. 評価の実施と課題の明確化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの質の向上については常に検討の機会を設けられ、また、次年度の事業計画書に反映されていましたが、定められた評価基準がなく自己評価がされていませんでした。
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 全体として</p> <ul style="list-style-type: none"> ・どんなにいい取り組みをしても、それを形として残す、あるいは評価する手段は記録以外にありません。 後任や新規採用者など、誰でも同じように対応できるように、また職員自身の仕事の成果を残す意味でも、記録(規定・規則・職員ヒアリング記録など)を整備することをお勧めします。 <p>2. 計画の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所として中長期計画を定めることで目標や強み、課題が明確になります。また単年度～長期的に職員が果たすべき役割を確認し、各自の業務レベルに落とし込んでいくことが期待できます。 是非、事業所として単年度～長期的な計画を作成し、PDCAサイクル(計画・実行・評価・改善)の仕組みを取り入れられてはいかがでしょうか。 <p>3. サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <ul style="list-style-type: none"> ・記録の廃棄規程を定めることで、個人情報の漏えいを防ぐことができます。 利用者の記録や重要書類等は、種別ごとに保管できるように保存年限を一覧化し、いつ廃棄するのか、その廃棄方法も含め、一目でわかるように整理

	<p>されてはいかがでしょうか。</p> <p>4. 評価の実施と課題の明確化</p> <p>・サービスの質の向上のため、事業所独自の評価基準等を定め、定期的に評価を実施することで、客観的にサービスの内容が評価できるのではないのでしょうか。また、サービスの内容を分析・検討を行い、課題を明確にし、次年度の計画に反映させることで事業所の透明性の確保が図れるのではないのでしょうか。内部評価と共に第三者評価を定期的に受診されることをお勧めします。</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	2670101126
事業所名	春うらら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)	介護予防通所介護
訪問調査実施日	平成29年1月12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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		1. 組織の理念、運営方針は運営規程に明記されていましたが、パンフレットやフェイスブック、広報誌に明記されていないため、利用者や家族に理解が深まるような取り組みが確認できませんでした。 2. 会議一覧、組織図は明文化されていましたが、職務に応じた役割、権限について規程がありませんでした。		
(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。	B	C
		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ありますが、中・長期計画が策定されておりませんでした。また、課題や問題点の抽出については、利用者・家族の個別面談からされていますが、体系的に把握、計画する仕組みがありませんでした。 4. デイを一つの部門ととらえて課題や目標設定、計画がなされており、月1回行われる職員会議で達成状況の確認をされていました。		
(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。	B	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	B
		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. 事業所のパソコンはすべてインターネットにつながっており、いつでも法令等を調べられる体制を整えておられましたが、把握すべき法令についてリスト化されていませんでした。 6. 月1回の職員会議に、管理者は必ず参加することで、職員の意見を聞き取ったり、意見を述べる仕組みがありました。しかし、管理者自らを評価する仕組みがありませんでした。 7. 緊急連絡網を作成され、緊急事態が発生した場合は、直ちに管理者や事務長に報告し、指示を仰ぐ体制をとられていました。		

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
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	B
		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。	B	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	B
		(評価機関コメント)		8. 職員雇用に関する方針を明確にし、処遇を充実されているため、開設以来退職者がおられません。また、事業所の考え方として、資格よりも人柄を優先する採用方針を定めておられましたので、有資格者を優先する仕組みではありませんでした。 9. 職員ごとの研修計画が定められており、それに基づいて研修が実施されました。 また、毎日の職員ミーティングで互いに助言を行ったり、月1回の職員会議で勉強会を実施していることを議事録で確認しました。 10. 実習受け入れのマニュアルを作成し、基本姿勢はありましたが、個人情報保護の配慮やオリエンテーションの実施方法など、詳細が記載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	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 記録の電子化（パソコン）、マッサージ機の導入、腰痛体操実施と職員の負担軽減に努めておられました。また、就業状況や意向を把握するために職員ヒアリングをされていましたが、記録として残されていませんでした。 12. 職員ヒアリングを行うことで要望や不満をくみ取るように努めておりましたが、メンタルヘルスに関しては、産業医やカウンセラーなどの専門職に相談できる体制、外部の専門機関の周知などが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。	B	B
		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。	B	A
		(評価機関コメント)		13. 事業所の概要や取り組みについて、パンフレット、広報誌、フェイスブックを活用しておりましたが、情報の公表制度に基づいた情報について自ら開示されていませんでした。 14. 地域ケア会議への参加のほか、事業所の庭や畑を開放することで、地域住民とのつながりを持たれており、そこからいつでも相談に応じるように努めておられました。		

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。	B	A	
	(評価機関コメント)		15. 事業所情報はフェイスブックやパンフレット、広報誌などを通して情報提供されました。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. 契約書や重要事項説明書で、サービスの費用負担について分かり易く説明されていました。また、成年後見人との契約の書面を確認しました。権利擁護事業のパンフレットを用意しているなど、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。	B	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	A	
	(評価機関コメント)		17. 事業所独自にリハビリの記録とともに、定期的にあセスメントをされていました。 18. 利用者や家族の希望を個別援助計画に反映され、本人の同意を得ていました。 19. サービス担当者会議に参加するほか、状態の変化が認められるときには随時、介護支援専門員、主治医、訪問看護事業所から文書で情報を得るなど、連携を図っておられるのを記録で確認しました。 20. 個別援助計画は、3か月ごと及び利用者の状況の変化に応じて見直しされていました。			
(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に参加したり、医師やリハビリからの情報を書面で得ることで、介護支援専門員や医療機関と連携されていました。			
(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。	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。	B	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. 標準的な業務マニュアルや手引書が作成され、日々の振り返りや苦情、事故を受けて月1回の職員会議で対策を検討し、その都度マニュアルの見直しもされていました。 23. 利用者の記録は見やすく整備されていましたが、廃棄に関する規程を定めておられませんでした。 24. 職員間の情報共有は、朝夕のミーティングで実施されていました。また、ミーティングに参加できない職員は、連絡ノートに確認のサインをすることで確実な情報共有を図っておられました。 25. 家族との情報交換は、連絡帳や送迎時に利用者の日常の様子等について意見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。	B	A
(評価機関コメント)		26. 管理者や事務長がインターネットや行政の通知から得た最新の医療情報や感染症流行の最新の情報を職員間で共有されていました。また、感染症の予防についての注意書を全利用者に配布しておられました。 27. 事業所は整理、整頓されており、気になる臭いもありませんでした。オムツ関係はビニール袋に入れて捨て、臭気が漏れないようにしておられました。		
(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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		28. 事故や緊急時のマニュアルは整備されており、「緊急時AED使用研修」を行うことで、緊急時に対応できるようにされていました。 29. 発生した事故報告に対して、夕礼ミーティングで対策を検討し、再発防止に努めておられました。 30. 防災の日に職員に対して防災研修を行っておられました。地域の防災の催しに、職員が参加されていましたが、地域との連携を意識したマニュアルがありませんでした。		

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。	B	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. 日々のミーティングや月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されていました。また、高齢者虐待についての勉強会も職員会議で周知を図っていました。 32. 入浴時、個別にカーテンで仕切ったり、爪切りなどの整容や医療的処置を行う際は脱衣所を使用し、他の利用者に分からないように配慮されていました。また、排泄や入浴は同性介護が行われていました。 33. 基本、利用受入れを断わらない方針とされ、どの曜日も待機者がありました。まずは利用体験を受け入れてから待機してもらうよう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。	B	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	B
		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。	B	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していました。また、利用者の意向を把握するために、送迎や利用時に個別に相談面接され、情報を収集されていました。 35. 意見、要望は日々のミーティングや月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. 重要事項説明書や契約書に外部機関の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。	B	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	C
(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日々のミーティングや月1回の職員会議で検討されていました。また、地域ケア会議への参加や他事業所のパンフレットを収集されるなど、情報収集や情報交換に努められ、自事業所との取り組みの比較検討をされていました。 39. 常に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、自己評価にあたる明確な判断基準がなく、経営者の感覚で判断されていました。		