

様式 7

アドバイス・レポート

平成 29 年 12 月 19 日

平成 29 年 8 月 7 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた デイサービスさくらプラザにつきましては、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><働きやすい労働環境づくり> 資格取得にかかる講習会や受講料の法人負担、資格手当やシューズ手当、食事や受診料の負担軽減など、人材確保と福利厚生が充実しています。職員の労働環境には、これまで様々な工夫がされてきた形跡があり、残業がほぼないなど、働きやすい環境づくりに取り組まれています。</p> <p><情報の共有化> それぞれの利用者の直近の記録用紙を「未チェックファイル」にまとめ全職員の閲覧を確認したのちに個人ケースに戻す、サービスに変更点が生じた場合は「業務チェックリスト」を改定する、月に一度「ケース会議」を開催し個別の利用者の現状について話し合う場を持つ等、情報が全職員に共有される取り組みを実践されています。</p> <p><満足度調査の実施・分析> 満足度調査の結果、全職員が参加して分析し日々のサービス内容の見直しに向け丁寧に検討されています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p><実習の受け入れ> 実習の受け入れに対する体制がありませんでした。</p> <p><記録の保管に関する規程> 利用者記録の廃棄は5年ごとに実施されていましたが、記録の廃棄に関する規程がありませんでした。</p> <p><利用者および家族の意向の把握・定期的な面接> アンケート方式による満足度調査は実施されていますが、意向や満足度を把握する目的で、個別相談や利用者懇談会が実施されていませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p><実習の受け入れ> 医療・介護・福祉人材育成のため、事業所の社会的責務として実習の受け入れ体制を整備することが求められています。まずは事業所内での合意形成のもと、マニュアル作成や実習指導者を位置づけ、受け入れ体制の構築をお勧めします。</p> <p><記録の保管に関する規程> 記録の保管・持ち出し・廃棄も含め適切な管理が行われています。実情に合わせ規程を整備し、随時見直しをしていけることをお勧めします。</p> <p><利用者および家族の意向の把握・定期的な面接> 満足度調査に加え、定期的に利用者および家族と個別面接を行ったり、利用者懇談会を実施されてはいかがでしょうか。日頃から利用者の意見・要望・苦情にはよく対応されていますので、より一層利用者の意向が把握しやすくなり信頼関係が高まることが期待できます。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2672700313
事業所名	デイサービスさくらプラザ
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型通所介護
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	
訪問調査実施日	平成29年11月14日
評価機関名	京都府介護支援専門員会

				評価結果		
大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	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)及び事業所のスタッフ全員が、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)		「高齢になり心身に障害があっても人間としての尊厳と自立が保たれるよう心のかもった介護をします。」「障害のある人が日常生活の活動能力を高め社会生活が送れるように支援します」を理念に、毎月1回理事長も参加する運営委員会を中心に、職員が参加する「安全管理委員会」と「研修・学習等委員会」などが組織されるとともに、職員一人ひとりの役割が職務分掌や業務マニュアルで明記され、職員の自覚を促し事業運営に反映する仕組みが設けられています。			
(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)		計画の策定は、職員参加のもと現状分析が行われ、「部門別業務計画」として毎年度策定されていますが、中・長期計画は確認できませんでした。職務分掌の中で雇用形態や役職に基づく課題が設定されるとともに、業務マニュアルの中で各係の役割と課題が明記され、月1回のミーティングや年1、2回の個人面談の中で課題の達成について確認や見直しが行われています。			
(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。	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、いつでもスタッフ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)	管理者等は、「法令遵守委員」を兼ねており、集団指導やワムネットなどで常に情報を収集し、毎月のミーティングで職員に周知を図っています。管理者等の役割と責任は、職務分掌で明らかにされ、運営方針の決定には、理事長も出席する毎月の「運営委員会」で決定されています。職員の個人面談や毎月のミーティングで職員の声を聞く機会が設けられ、管理者等の評価については、主任と管理者と窓口を分けて把握する仕組みが設けられています。管理者等は業務日誌においても状況把握を行い、いざというときは携帯電話で連絡を受け、指示ができる体制が構築されています。
--	------------	---

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。	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。	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。	C	C
		(評価機関コメント)		人材確保が困難な環境の中、未経験者も採用し、資格取得にかかる講習会や受講料の法人負担、資格手当の支給などが行われています。職員の研修計画実施記録が作成され、各職員が研修を受けた履歴が一目で分かる工夫がされています。毎日の終礼で振り返りを行い、互いに学び合う勉強会を行い、職員の気づきを促し、実践に役立てられています。実習の受け入れについては、体制整備が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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	スタッフ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)		職員の有給休暇や時間外労働データは主任と事務長が管理し、職員の労働環境にはこれまでから配慮がされていることが、職員のヒアリングにおいても確認できました。具体的には希望どおり休みがとれることや時間外勤務もほとんどないことなどが確認でき、他にもリフト浴設備や腰痛予防の研修、福利厚生としては、制服の支給やシューズ手当、食事や受診料の負担軽減などが行われています。ストレス管理体制として、専門職による相談体制は確認できませんでしたが、ハラスメントに関する規定や組織内の相談体制が設けられています。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		広報誌「さくら便」を年4回発行し、利用者や家族、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所などに配布しているほか、パンフレット、ホームページで情報開示しています。地域のイベントポスターなどの施設内掲示や近くの幼稚園の行事などに利用者も一緒に参加するなど交流が行われています。また、地域包括支援センターが主催する地域ケア会議に参加し、地域ニーズの把握をしているほか、「介護なんでも相談室」「体操教室」など行政の事業にも協力しています。		

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
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	B	
	(評価機関コメント)		パンフレット、ホームページに利用料金や保険外の費用が明記されています。見学希望者への対応も記録にて確認をしています。重要事項説明書は図書コーナーにファイルにとじた状態で設置されており、掲示物での事業所概要の提示はありませんでした。			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		重要事項説明書にて説明の上、利用者・代理人からの同意を得ていることを書面にて確認しています。権利擁護推進への取り組みはありませんでしたが、毎月のケアマネジャーへの実績報告に併せて判断力や認知機能の低下の状況を報告されています。			
(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	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。	B	A	
	個別援助計画等の見直し	20	定期的又は必要に応じて、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)		課題整理総括表をアレンジして作成された「アセスメントシート」を用いる他、月に一度の「ケース会議」で個別の利用者の現状について話し合う場を持ち、状態変化に合わせて適宜再アセスメントをされています。自立を考えた個別の目標設定がなされ、主任と介護職員、看護師が共同で通所介護計画を作成されています。計画の見直しは業務終了後のミーティングで行われていたましたが、その基準を明記した記録がありませんでした。			
(4)関係者との連携						
	多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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)		相談員や看護師が医療機関と連携した状況は「医療との連携記録及び緊急対応記録」にて記録されています。詰所の電話の横に利用者宅の電話番号と併せて関係機関の連絡先をリスト化したものを設置されています。			
(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、スタッフに活用されている。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、利用者の家族との情報交換を行っている。	B	B
(評価機関コメント)		実用的な内容のマニュアルが整備され、実情に応じた業務の改善が行われています。サービスの提供内容は適切に記録されていましたが記録の廃棄についての規程が明文化されていませんでした。情報の共有については、各利用者の直近の記録用紙を「未チェックファイル」にまとめ、全職員の閲覧を確認したのちに個人ケースに戻すといった工夫をされています。家族との定期的な面談の機会はありませんでしたが、毎回の利用状況の報告用紙に家族からの意見を記載する欄を設け、情報の交換に取り組まれています。		
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、スタッフ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)		「感染症マニュアル」が整備され、年に1回研修が行われています。利用者の受入れは、集団生活に配慮して個別に対処した上で受け入れられています。施設内は整理整頓がなされ、フロアの床、トイレの掃除を専門とする職員を雇用される等、衛生管理にも工夫をされています。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	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)		事故マニュアルを基に応急手当の講習会が開催されています。「インシデント報告書」にて苦情や事故の発生状況から今後の対策まで一連の流れを記録され、提供するサービスに変更が生じた際は「業務チェックリスト」を改定されています。災害マニュアルは作成されましたが地域関係者との訓練は実施さ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						
(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)		身体拘束や高齢者虐待防止法に関する研修会を実施されています。利用者のプライバシーや羞恥心に関しても、現場職員の気付きから具体的な事例で検討が行われ、職員全員に周知されています。サービス利用者等の決定は公平・公正に行われ、基本的にはお断りすることなく受け入れられています。過去に1名だけ飲酒・暴力行為で集団生活困難な事例は他利用者の保護の観点からやむを得ずお断りされ、適切な判断に基づき受け入れられています。		
(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。	B	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	B
		(評価機関コメント)		意見箱は玄関入り口に設置してあります。利用者への個別面接や利用者懇談会は実施されていませんでしたが、平成29年10月に満足度調査を実施されています。そこで寄せられた意見・要望・苦情に対する改善策も含め、調査結果を利用者家族へ配布されています。重要事項説明書で相談窓口は周知されていますが、第三者の相談窓口が設置されていませんでした。介護相談員が月1回3名来られ、利用者の声を聞き職員との合同意見交換会が行われています。閉鎖的にならずしっかりと外部の視点も入る仕組みになっています。		
(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っている。	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スタッフ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	B
		(評価機関コメント)		今年度の満足度調査結果も既に集計されています。その結果は全職員が参加する月1回のミーティングで分析・検討する予定にされています。昨年に比べ満足度がやや低下していることを真摯に受け止めケアに反映していきたいと前向きな姿勢を感じました。事業計画・年間目標とリンクさせ、サービス体制・内容・質について自己評価を行なっております。第三者評価はこれまでに法人内の他事業所は受診歴がありますが、デイサービスとしては今回が初めてです。		