

アドバイス・レポート

平成26年4月10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1月20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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>1. 管理者によるリーダーシップの発揮 ・職員との面談を行い、職員が意見が言いやすい環境を整えていました。職員会議に参加し、事業の実施状況や理念を具体的に伝え、運営方針の説明を行い職員と意見交換されていました。</p> <p>2. 継続的な研修・OJTの実施 ・キャリアアップモデル（経験や役職に応じた人材育成研修体系）に取り組まれていました。また、法人独自のD○-CAP（人事考課）シートで職員の自己目標の設定や振り返りを行い人材育成システムの整備に努めておられました。</p> <p>3. 職員間の情報共有 ・朝礼や終業時申し送り、会議で利用者個別情報を職員間で共有されていました。参加できなかった職員に対しては、業務日誌の回覧で確認印の押印を徹底されていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 組織体制 ・法人としての組織図はありましたが、職務権限を明確に規定されたものではありませんでした。</p> <p>2. 業務マニュアルの作成 ・法人のマニュアルは整備されていましたが、事業所独自のマニュアルに作成年月日、更新年月日が記載されていませんでした。</p> <p>3. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 ・利用者からの意見・要望・苦情は、法人内で公開されてましたが、外部には公開されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 組織体制 ・職務権限を明確に規定することで、職責に基づき職員が役割をもって業務に取り組む意識が高まるのではないのでしょうか。</p> <p>2. 業務マニュアルの作成 ・マニュアル見直しの基準を定め、定期的な見直しを行うことで、より現状に合ったマニュアルとなり、活用しやすくなるのではないのでしょうか。</p> <p>3. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 ・広報誌、ホームページを活用し、利用者からの意見・要望・苦情を外部に向け公開することで事業所の信頼度が高まるのではないのでしょうか。</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	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
訪問調査実施日	平成26年3月13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	B	
	(評価機関コメント)		・理念、運営方針はホームページ、パンフレットに記載し、事業所内にも掲示して周知されていました。また、重要事項説明書の運営方針を契約時に利用者に説明し、理解を深める取り組みをされていました。 ・法人としての組織図はありましたが、職務権限を明確に規定したものではありませんでした。			
(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	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)		・単年度の事業計画を作成し、職員会議で課題の分析が行われていましたが、中長期計画の策定がされていませんでした。 ・月1回の事業所会議、3ヶ月に1回のデイサービス合同会議で現状を把握し、課題の見直しを行ってられました。			
(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。	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)		・管理者を含む職員会議で話し合い自主点検表を確認をされていましたが、遵守すべき法令等がリスト化されていませんでした。 ・管理者は、年2回職員面談を行い、職員の意見を聴く機会を設けてられました。 ・管理者は携帯電話を所持し、職員と常に連絡が取れ指示を行う体制がありました。			

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	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・法人で資格取得支援の勉強会を開催しておられました。 ・キャリアアップモデル（経験や役職に応じた人材育成研修体系）に取り組まれています。 ・事業所では実習生の受け入れは行われていませんでしたが、実習生受け入れマニュアルは整備されていました。 		
(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	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・時間外労働を軽減する配慮はされていましたが、有給休暇の取得率、時間外労働のデータを把握する仕組みがありませんでした。 ・職員は休憩を事務所で言い、落ち着いて休憩できる環境ではありませんでした。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・毎月広報誌「笹屋町日より」を発行し、利用者、家族や地域密着運営推進会議で他事業所に配布されていました。 ・法人で毎年行われる福祉フェア、「ささえ愛の会」（地域の通所事業所の集まり）に参加して事業所紹介、介護相談、福祉用具の展示及び相談を行っておられました。 		

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)		<ul style="list-style-type: none"> ・パンフレットやホームページを通じて、必要な情報をわかりやすく提供されています。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・利用契約書、重要事項説明書で分かりやすく説明されていました。 ・判断能力に支障のある利用者との契約は、代理人とされていました。 		

(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	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	B
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントは6ヶ月に1回、見直しが行われ必要に応じて更新されていました。 ・担当者会議に出席し、関係機関への意見照会や利用者、家族の希望を確認し通所介護計画を作成されていました。 ・通所介護計画会議を行い、計画見直しをされていましたが、見直しの時期が6ヶ月となっていました。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・退院時カンファレンスに出席し、退院後の援助内容を確認されていました。 ・利用者個別の緊急時の関係機関連絡先表を作成し、支援の連携に活用されていました。 		
(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。	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	A
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)		<ul style="list-style-type: none"> ・法人のマニュアルは整備されていましたが、事業所独自のマニュアルに作成年月日、更新年月日が記載されていませんでした。 ・ケアプランチェック表で計画通りサービスが提供されているか確認されていました。 ・朝礼や終業時申し送りで利用者個別の情報共有を行い、出席できなかった職員には、業務日誌を回覧し、情報共有されていました。 ・連絡帳や電話連絡で家族と情報交換を行っておられました。家族からのノート連絡にも適切に対応されていました。 		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・感染症に関するマニュアルを作成し、随時研修が行われていました。 ・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	A

	(評価機関コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・事故やヒヤリハット対応のマニュアルを整備し、研修が行われていました。 ・事故報告書を分析検討し、対策を職員に回覧することで再発防止に取り組んでおられました。 ・法人全体で防災訓練に取り組み、自事業所の防災対策委員会を設置し、災害時の職員体制についてのマニュアル作成に取り組んでおられました。
--	------------	--

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

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)		<ul style="list-style-type: none"> ・法人の課題別研修で「認知症の理解・高齢者虐待防止法」等について研修が行われていました。 ・法人内デイサービス合同で「プライバシー」についての研修が行われていました。 ・原則断らない事を方針とし、申し込みされた利用者を断ったケースはありませんでした。 			
(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	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・連絡帳を作成し、利用者家族からの要望に回答されていました。しかし利用者への個別面談や懇談会を定期的に行っていることが確認できませんでした。 ・利用者家族からの相談や意見は経過記録に記載しサービスの改善に取り組み、その内容を法人内で公開されていましたが、外部には公開されていませんでした。 ・事業所内に苦情受付窓口の案内を掲示されていましたが、外部の人材による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	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・年に1回、利用者満足度調査を実施されていました。 ・職員会議でアンケート結果を分析し、今後のサービスの改善に向けて検討が行われていました。更に月1回、事業所長会議、相談員会議を開催し、サービス内容の検討が行われていました。 ・第三者評価は3年に1回の受診が行われていませんでした。 			