

様式 7

アドバイス・レポート

平成 29 年 4 月 13 日

平成 29 年 1 月 4 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楽生苑 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>(通番 3) 事業計画等の作成 施設長が、計画の趣旨の周知徹底を図っています。各種会議を開催し、議事録を整備及びその内容を開示し、分析・評価の仕組み作りに努力されている様子がよく窺えます。</p> <p>(通番 13) 地域への情報公開 (通番 14) 地域への貢献 単独事業所として、また協力病院と連携して、事業所の機能などを広報し、介護技術指導を行うなど、専門職員の知見やノウハウを地域に還元しておられます。</p> <p>(通番 22) 業務マニュアルの作成 サービス提供に係るマニュアルが作成され、定期的な見直しの他、必要に応じて業務に見合った内容が適宜会議にて検討、見直しされていました。</p> <p>(通番 38) 質の向上に対する検討体制 毎月開催されるサービス向上委員会やサービス評価委員会で、満足度調査や近隣の第三者評価結果を参考に、施設の業務内容を検討し、改善につなげておられました。その結果、マニュアルの変更も行われていました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番 34) 意見・要望・苦情の受付 寄せられた苦情等はすぐ施設長に報告され、職員にもすぐ伝わる体制になっていますが、定期的な利用者や家族の個別相談や懇談の機会がありませんでした。</p>

具体的なアドバイス	(通番34) 意見・要望・苦情の受付 年間の行事の中に、定期的に家族も含め集う行事を組み、懇談の機会を作られてはいかがでしょうか。
-----------	--

※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	2671100028
事業所名	デイサービスセンター楽生苑
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)	—
訪問調査実施日	平成29年1月31日
評価機関名	一般社団法人京都私立病院協会

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)		評価の根拠となる取り組みについては、自己評価の通りであることを確認させていただきました。理念の周知徹底をより図るために、広報紙にも理念を掲出され、外部の方への訴求も図られてはいかがでしょうか。			
(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)		事業計画策定の記録を拝見いたしました。計画に対する分析・評価の仕組み作りに努力されていることは立派だと思いました。中長期計画について、もう少し詳しく記載されるとよりわかりやすく良いと思われれます。			
(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。	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)		自己評価の根拠を確認させていただきました。法令のリスト化はされています。研修の報告書は、振り返りの資料としても有効に活用できますので、よりわかりやすく整備されることをお勧めします。			

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)		常勤職員が約50%、資格取得者も約50%の状況で、より一層の質の向上が素晴らしい結果を生むことと思います。資格取得への援助を引き続きお願いします。部下の研修報告書を活用し、主任がフィードバックをする等のさらなる補助が望まれます。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		有給休暇の消化率も高く、良好な環境が窺えます。子育てサポート事業も上級認定を目指し、努力されていることを評価いたします。ハラスメントについても、就業規則に記載し、マニュアルも整備され、意識の高揚を図っておられます。		
(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。	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)		社会福祉協議会との関わり強化、久御山町住民福祉課を窓口とした民生児童委員協議会の方への「ボランティア」参加の呼び掛けなど、積極的な働きかけを確認させていただきました。		

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)		パンフレットは施設内に設置し、またホームページからもダウンロードでき、常に閲覧できる仕組みを構築されています。事業所概要については、「デイサービスセンター楽生苑利用のご案内」にて、提供するサービス内容及び1日の流れも確認でき、利用の問い合わせに関しても、新規利用の受付や利用日の追加等の際に、記録、内容の把握がなされていました。		
(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)		施設概要やサービス内容、利用料金、保険外サービスの料金等を明示した契約書、重要事項説明書に沿って本人又はご家族に説明し、同意を得られていました。現在は成年後見人制度等の契約事例がないとのことでしたが、パンフレットを整備し、対応できるシステムが構築されていました。		

(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	A
(評価機関コメント)		個別援助計画の策定については、アセスメントにて利用者及び家族からニーズや課題の把握を行い、居宅サービス計画と連動して通所介護計画を作成し、サービス提供を実施しております。また、必要に応じて専門家（主治医、看護師、理学療法士など）からの意見を聞き、プランに反映していることが記録にて確認できました。また、モニタリングも毎月実施し、担当ケアマネジャーへ記録表を毎月手渡しで配布しています。評価についても3ヶ月毎に実施し、状態の変化に応じて見直しも適宜行っていることが記録にて確認できました。		
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)		新規利用時に「かかりつけ医等緊急連絡表」を作成し、利用者の状態把握については主治医と連携が図られており、緊急時には隣接病院へ受診するなどの仕組みを構築されています。利用者の退院時には必要に応じ、退院カンファレンスにも出席し、情報の共有を図っております。また、関係機関の社会資源リストが整備されており、月に1回介護サポーターの訪問も記録にて確認できました。		
(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	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	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)		各マニュアルは1冊のファイルにまとめ、事務所に設置し職員がいつでも閲覧できるようになっています。年1回または必要時に見直しされており、気象警報発令による送迎マニュアルの見直しが行われるなど、業務内容に見合ったものでした。個人情報の取り扱いについては規程が設けられており、職員研修も実施され、記録をパソコンで一元化することで個人情報に配慮した情報の共有が行われていました。		
(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)		感染症対応マニュアルが作成されており、必要に応じて適宜見直しを図り、研修会を開催し、二次感染予防にも努めておられます。また施設内の環境整備に関しても職員が清掃を行っており、清掃チェック表にて衛生的な環境が保たれる仕組みを構築されています。また臭気対策としても定期的な換気や業務用の空気清浄機をフロア内に整備するなどの対策を行っておられました。		

(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。	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)		マニュアルがあり、事故防止委員会の中でヒヤリハット、事故報告の検討がされました。自治会と非常災害時に関する覚書を交わし、行政と連携して水害避難訓練も行われていました。一方で、予防マニュアルの内容の充実と地域を意識したマニュアルの整備が課題だと感じました。		

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)		理念や運営方針で明確にされ、マニュアルもあり、身体拘束廃止委員会やサービス向上委員会、定例会議で研修を行っておられます。			
(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	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	A	
	(評価機関コメント)		マニュアルがあり、第三者委員も二人おられます。利用者の意見・苦情・要望は玄関のボードに貼り出し、第三者委員にも報告されています。ただ、定期的な利用者等の個別相談や懇談の機会は確認できませんでした。			
(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)		年に1回満足度調査を行い、サービス向上委員会で分析・検討し、マニュアルの再検討が行われていました。また、サービス評価委員会では近隣の事業所で実施された第三者評価の結果を参考に、自己評価を行い、次年度の計画に反映させておられました。			