

様式 7

アドバイス・レポート

平成 29 年 4 月 13 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 29 年 2 月 3 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた花友じゅらくだいデイサービスにつきましては、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>◆<u>人権等の尊重</u>：</p> <p>各 3 階層での通所介護は、それぞれの特徴を活かして、多様なサービス提供に努めています。趣味活動やリハビリ以外にも、食事の時間に幅を設けたり、個別に過ごせる場所を目隠し等にも配慮して設けたり等の配慮も見られます。</p> <p>◆<u>質の向上に対する検討体制</u>：</p> <p>事業所での他職種による連絡調整会議等での検討や法人内での検討だけでなく、周辺事業所とのネットワークでの交換研修にも積極的に取り組んでいます。『呼吸法』や『ウォーキング』等の研究や発表に取り組み、サービスの質の向上に努めています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>◇13:地域への情報公開：</p> <p>事業所の各種情報はホームページや掲示、ファイリング等によって適切に開示されていますが、評価項目にある情報公表制度等の地域への広報や自らの開示はできておらず、今後の課題となっています。</p> <p>◇36:第三者への相談機会の確保：</p> <p>第三者委員を選定して相談窓口を設置していますが、介護相談員等の外部の人材を事業所に受け入れた利用者の相談機会の確保には至っておらず、今後の課題となっています。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>◇13:地域への情報公開：</p> <p>例えば、開示している他の情報と同様にファイリングして、利用者や訪問者等が自由に見られるような場所に配置する等、検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>◇36:：第三者への相談機会の確保</p> <p>市の制度等による介護相談員の受け入れの他、趣味活動の手伝い等で沢山関わって頂いているボランティアの方々の聞かれた利用者の要望等を、定期的に収集する機会等を設けて、それらを検討して運営に活かす過程を記録に残していく等の方法を、検討されてはいかがでしょうか。</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	2670200621
事業所名	花友じゅらくだいデイサービス
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)	無し
訪問調査実施日	平成29年3月10日
評価機関名	NPO法人カロア

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)		理念が職員個々に深く浸透していることが、主任の他複数の一般職員が独自の表現で仕事のやりがいや利用者への思い等を話す様子からも伝わってきます。事業所や法人の各種会議体制により、末端の職員の意見が反映されている仕組みが確認でき、透明性も確保されています。			
(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	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		事業所としての中長期計画に基づいた単年度計画が策定されています。計画は利用者アンケートや家族懇談会による利用者ニーズ、各部署や専門職からの意見・要望などもふまえたものになっています。全てのチェックポイントに自己チェックがありながらのB評価でしたので、全て確認もできたことからA評価とします。			
(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。	B	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)		記録から法令遵守に関する研修や会議等の具体的な取り組みが確認できます。管理者の役割と責任について文書で確認でき、また雇用管理改善チェックシートを活用した管理者評価も行われており、通番6はA評価としました。管理者不在時の連絡体制も整い、事業内容の確認も適宜行われています。			

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。	B	A
		(評価機関コメント)	常勤・非常勤の比率や有資格者数などについて基準を設けて運営しています。キャリアパスに沿った各研修体制や計画、実施も確認できます。実習生は通所介護なので介護福祉士の依頼はないものの、方針や受け入れ手順、指導内容等が記載されたマニュアルに沿って受け入れています。以上を含む全てが確認できたのでA評価とします。			
(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。	B	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)	年に2回の個人面談以外にも、普段より職員と管理者等との意思疎通が図られていることや、法人共通の福利厚生制度の満足感が、一般職員からの聞き取りでも確認できます。普段の休憩室も間仕切りや横になれるベッドやリラクゼーション関連の備品も備え付けられる等、職員への配慮が感じ取れます。通番11は全て確認できたのでA評価とします。			
(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	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)	通番13は情報公表制度等の情報の自らの開示が確認できなかったため、B評価としますが、それ以外の点については、玄関外の掲示板で情報提供や地域の方との交流や手芸・書道などの活動へのボランティア参加等、他と比べても活発に行っています。地域貢献も特に周辺事業所と作った『ささえ愛の会』を中心に、積極的に行われています。			

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
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)	HPやパンフレットも色や写真、表などを工夫して利用後のイメージがしやすい様に配慮しています。利用料の表示も字の大きさ等に配慮しています。電話等での問い合わせから見学、その後の利用に至る経過も適切に記録されていることが確認できます。			
(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)	重要事項説明書等により利用開始の前に、契約内容等について適切に説明を行い、同意を得て署名等を得ていることが確認できます。認知症等により利用者が困難な場合は家族への説明・同意確認等も適切に行われています。家族が困難な場合等の後見制度等の活用体制・仕組みもマニュアルや職員の聞き取りによって確認できます。			

(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。	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)		通番17は自己評価でも全てチェックがあり、訪問でも確認ができたのでA評価とします。アセスメント・計画作成・カンファレンス・担当者会議・モニタリング等が定期的・適時に実施していることが確認できます。サービス担当者会議への利用者参加、事業所専門職や主治医とも連携していることも確認できます。		
(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)		サービス担当者会議では、ケアマネジャーをはじめ利用者、主治医や訪問看護等の利用者に関わる他事業所も参加して、適切に情報交換が行われていることが確認できます。毎月実施している担当者会議の記録は、その都度地域包括支援センターへも報告しています。		
(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	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)		各種マニュアルが整備され、システム構築会議にて見直しの検討を行い、必要な変更等を実施しています。利用者の記録も個別に作成され、適切に保管されています。委託業者を含めて個人情報保護について周知徹底されていることも確認できます。家族へは毎月のモニタリング結果の説明と配布、機能訓練員が3ヶ月毎に居宅を訪問し、説明も行われています。		
(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。	B	B
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)		備品整理等も収納に工夫して適切に行われています。水回りの清潔保持、臭気対策も機器を導入する等、適切に行われていることが確認できます。感染症に関して、マニュアルや研修の実施等も適切に行われ、拡大防止対策も備えていますが、ノロ等感染中の利用者受入れは行ってないため、評価ガイドラインに沿ってB評価とします。		
(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)		救急救命講習への参加や事故事例を用いた研修、自然災害発生時を想定した避難訓練などを実施しています。事業所の前が地域の避難場所であることから、地域との連携をふまえた災害計画となっています。発生した事故に関しても、適切に記録を作成して事故検討会で原因と今後の対応について検討し、再発防止に努めています。		

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)		活動内容だけでなく食事時間や過ごす場所等、基本的に自己選択して実施できるように準備されています。浴室も全てが個室となっていてプライバシーにも配慮した造りとなっています。若年性認知症の方などの受け入れにも積極的で、受入が困難な場合にも、ケアマネや周辺事業所ネットワーク等での相談により申込者に不利益を生じさせない適切な対応を行っています。			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		意見箱の設置が2ヶ所あり、実際の要望等への回答の掲示が確認できました。それらの内容は各現場・主任・管理者等の段階的な会議でも話し合われています。活動に対する要望でも屋外での写生などを実施したり迅速に対応しています。通番36は、介護相談員等の外部からの相談機会の確保の確認ができないためB評価とします。			
(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。	C	B	
	(評価機関コメント)		年に一度『利用者満足度調査』を実施し、まとめた結果を会議等で検討の上、サービス向上に活かしていく仕組みが確認できます。事業所だけでなく法人全体の研修や周辺事業所とのネットワークでの交換研修なども実施して質の向上に努めています。通番39は、開設3年以上で初回の第三者評価ですが、自己評価の体制等は確認できたのでB評価とします。			