

アドバイス・レポート

平成 29 年 5 月 17 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 3 月 15 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（京都市小川老人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) 体系的な研修及び教育体制の取り組み</p> <p>法人全体において、体系的に研修、資格取得のための支援、教育体制が整備されています。サービスの質の向上や質の高い人材の確保のために、組織的に階層別の研修プログラムが設定されており、各施設に研修担当職員を配置し全体研修情報を提供されています。新規採用職員には専任の教育担当職員を配置し指導する体制や、中途採用職員にも施設内での研修、勉強会を開催されています。資格取得についても法人全体での勉強会の開催や、バックアップ体制が充実しており、積極的な資格取得に繋がっていることが職員ヒアリングでも確認することができました。</p> <p>2) 働きやすい職場環境</p> <p>人事考課の面接とは別に年 1 回の施設長との面談を実施されており、職員が忌憚なく意見が言える環境作りができていたことが窺えました。利用者ニーズの実現に向けて、意見を出し合える会議や実践に繋げるシステムができており、それが職員のやりがいに繋がっていることが確認できました。研修や資格取得に対するバックアップ体制の充実も含め、法人からの常に新しい情報発信もあり、職員がそれぞれ自分の進む方向性を見つめられる体制、働きやすい職場環境作りに取り組まれています。相談できる窓口も複数あり、上司から気軽に声をかけることで、悩みの相談や、話しやすい関係性のある職場環境ということも確認できました。</p> <p>3) 地域との連携・地域貢献</p> <p>地域貢献委員会を設置し、美化活動や「介護のつどい」として地域住民の方と積極的な交流の場面を作っておられます。隣接している幼稚園とは明確な共同防災計画を結ばれるなど災害発生時にも地域と連携体制が取れるよう整備されていました。上京区内のデイサービス事業所で構成される「ささえ愛の会」にも積極的に参加され、互いが切磋琢磨しながら、連携を図り、サービスの質の向上にも繋がっていることが窺えました。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1) 個別援助計画の見直し 個別援助計画書は作成され、状態変化があった場合に見直しもされていますが、定期的な見直しが6ヶ月に1回になっていました。共通評価項目の定義では3ヶ月となっています。</p> <p>2) サービス提供記録の管理 介護記録はパソコンソフトで管理されており、個人ファイルの保管についても鍵付の保管庫に入れておられますが、持ち出しに関する規程については口頭指導のみでマニュアルに記載されていませんでした。</p> <p>3) 利用者の意見、要望、苦情への対応 送迎時や連絡帳、アンケート調査で意見を聞く機会を設けられています。利用者へ個別面談や利用者懇談会等は実施できていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 個別援助計画の見直し 介護記録のソフトと併せ、日々のミーティングなどで利用者の状態や様子については細かに情報共有をしておられ、モニタリングについても月1回、居宅のケアマネジャーに情報提供するなど、丁寧な取り組みをされています。ケアマネジャーに提供したモニタリングの内容について、個々のケースファイルに綴っていくことや、モニタリングの内容を個別援助計画書と連動させる仕組みを検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2) サービス提供記録の管理 記録の管理に関するマニュアルが作成され、丁寧でわかりやすいものになっており、保管、廃棄に関する記載はありました。持ち出しに関しては、都度、現場の研修会等で指導されているとのことでしたが、指導内容を基にマニュアルに追記されることで、文書管理についての体制の質の向上、周知が図れるのではないのでしょうか。</p> <p>3) 利用者の意見、要望、苦情への対応 家族からの手紙や送迎時の聞き取り、アンケート調査で意見を聞く機会を持たれ、担当の職員を決め相談しやすい関係作りにも努めておられています。</p> <p>以前開催されていた家族懇談会は中止となっていますが、利用者との「個別面談会」として改めて利用者と面談する機会を設けることで、利用者が遠慮することなく、自分の思いやサービスに対する意見を伝えることができ、汲み取った意見やニーズをケアに反映させることでサービスの質の向上にも繋が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	2670200894
事業所名	京都市小川老人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、介護老人福祉施設、短期 入所生活介護、介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成29年3月27日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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)		1)施設理念は契約時の重要事項説明書はじめ施設パンフレットや機関誌、ホームページ等に明示されています。また、各職員は施設理念に基づき年間目標を策定されています。2)法人単位の理事会・経営会議・事業運営会議と施設単位の運営会議・課長会議・デイ会議が定期で開催され、相互の意見交換を実施されています。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		3)法人の中期経営計画を基に各施設での中期計画を策定し、それに沿った形で事業計画・年間目標が作成されています。4)デイ会議で作成された事業計画・年間目標の進捗状況を上・下半期に評価・見直しを実施されています。			
(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。	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)		5)利用者権利擁護指針であるコンプライアンスルールをフロアに掲示されています。また、法改正時は法人内ネットを利用し全職員に配信・周知されています。6)人事考課ヒアリングとは別に、年1回非常勤職員を含むすべての職員から意見を聞く機会を設けられていました。一般職員が管理者に要望を伝える重要な機会となっていることを調査者による職員ヒアリングからも確認しました。7)管理者外勤時は部長又は課長が施設に待機する体制を作られています。また、管理者等への連絡は携帯電話で緊急時の体制を確保されています。			

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。	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)		8)施設独自の基準を用い、適切な職員配置を実施されています。採用後の資格取得のための勉強会や研修会を開催し、試験当日は出勤扱いにて対応される等、資格取得の為にバックアップ体制が法人・施設で図られています。9)新規採用職員については、現場の先輩職員による専任の教育担当者を配置されています。また、中途採用職員においても導入研修が実施されていました。法人と施設には研修担当者が配置され、各職員のキャリア研修の修得状況を確認されています。10)「実習生受け入れマニュアル」に沿った指導がされています。介護福祉士・社会福祉士等の資格取得実習をはじめ教職課程や学生のチャレンジ体験と幅広く受け入れられています。		
(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)		11)安全衛生委員会を設置され、労働環境の整備を図られていました。毎月1日のリフレッシュ休暇が公休とは別に付与されていました。12)管理者は人事考課以外にも定期的なヒアリングを実施し職員の意見を聞く機会を設けておられ、調査員による職員へのヒアリングでも期待される効果が出ていると確認しました。		
(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)		13)ホームページや機関誌の発行により施設行事等の情報を公開されています。特養や予防推進センターと共同で地域住民を対象に施設見学会や骨密度測定を実施されていました。14)地域包括支援センターと共同で認知症安心サポーター養成講座を実施されたり、地域の祭り等で介護相談ブースを設置されたりしています。		

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	A
		(評価機関コメント)		15)パンフレットやホームページでサービスについての説明、広報誌の発行をされています。事前連絡なしの見学についても受け入れは可能で、体験利用から利用に繋がるケースの実績もありました。		
(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)重要事項説明書に沿って内容や料金について説明し同意を得られています。契約等の判断能力に支障のある場合は成年後見人と契約を締結されています。		

(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。	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)		17)面接時やケアマネジャーから細かな情報収集を行い、施設内の共通サービス利用についてもパソコンソフトを活用し、情報の共有を図っておられます。18)ご本人やご家族の要望を取り入れながら通所介護計画書を作成し、説明、書面での同意を得られています。モニタリング時には達成度も確認されています。19)サービス担当者会議には積極的に参加し、情報共有を図っておられます。20)1ヶ月に1回ケアマネジャーにモニタリング結果を送付するきめ細かな取り組みをされ、状態が変わった時にも個別援助計画書の見直しはされていますが、定期的な見直しが6ヶ月に1回の頻度になっていました。		

(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)		21)利用開始時や退院時にはカンファレンスに参加し、主治医等からも情報収集をされています。特に退院時はサマリーをもらい情報を確認し、スムーズにサービス提供が出来るようにされています。地域ケア会議への出席や地域包括支援センターとの連携も図られています。		

(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、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	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)組織的にマニュアルが策定され、ケアの質が標準化されるものになっていました。年1回の更新も確認できました。23)介護記録はパソコンのソフトを活用されています。記録物の保存、廃棄についてはマニュアルに丁寧に記載されていますが、持ち出しについては都度職場での指導になっており、マニュアル化が明確になっていませんでした。24)事業所独自の書式を使用し、申し送りをされています。事業所内の他サービスともパソコンソフトの活用により、情報共有がされています。25)送迎時やサービス担当者会議において自宅での様子を伺うと共に、連絡帳に家族から手紙を入れてくださるなど、細かな情報共有により、家庭での延長のケアが提供出来る様に取り組まれています。		

(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。	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)		26)法人内で感染症マニュアルを最新の情報を踏まえたものに更新され、年に2回の全体研修にて感染症の実技研修を実施されています。27)2ヶ月に1回衛生管理委員会を開催し、環境の整備・整理整頓チェックを行い、各職員が生活環境に配慮出来るよう取り組まれています。		

(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)		28)時間帯別のマニュアルを作成し、周知されています。施設内での緊急時の講習会を開催されています。29)パソコンソフトの活用で事故の再発防止策を講じられ、事故報告書はイラストや図を添付し、事故発生時の場面を可視化できるようにされていました。30)年1回の全体研修、年2回利用者と一緒に避難訓練を実施され、災害時は近隣施設との協力体制が明確になるよう共同防災計画が作成されています。		

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
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)		31)法人の理念に「利用者本位」を明確に掲げ、法人内職員の弁護士を招いた人権研修を年1回開催されています。虐待や身体拘束の禁止については施設独自の「コンプライアンスルール」で明確にされておられました。32)法人内にて人権、プライバシーの保護の研修を実施されています。日常ケアにおいて、入浴時などご利用者のプライバシーを守れるようケア方法に工夫をされていました。33)重度の方や医療ニーズのある方の受け入れもされており、主治医と協力しながらターミナル事例の受け入れもされています。利用者の希望に沿えるよう臨時利用の提案や、法人内の他のデイサービスの利用の紹介も選択肢の中に取り入れられています。			
(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	公的機関等の窓口にご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)		34)送迎時の聞き取りや、アンケート、担当の職員との関係づくりによって利用者・家族の意見を聞くようにされています。以前されていた家族交流会が現在は開催されておらず、個別面談までは実施できていませんでした。35)利用者・家族対象のアンケートを実施し、結果については現場職員で検討し、改善報告については施設内に掲示されていました。36)重要事項説明書に相談窓口の案内が記載され、契約時に説明がされています。第三者委員についても施設内に掲示されています。外部人材の受け入れについては、法務局からの人権相談の受け入れをされていますが、日常的に利用者の苦情や要望を聴き取る相談機会の確保の目的には該当しないと思われます。			
(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職員の積極的な参加している。	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)		37)アンケート調査の分析・検討結果、回答については全職員に周知されています。利用者から直接聞き取った要望は共有するノートに記載し、会議で検討して実現できるよう取り組まれました。38)毎月の運営会議でサービス内容について検討されています。同区内のデイサービスで構成された「ささえ愛の会」で他事業所との比較検討を行ったり、法人内の会議や委員会で見直しや質の向上に取り組まれています。39)第三者評価は毎年受診され、結果については毎年の事業計画に盛り込まれています。法人内の施設間で相互チェックをする仕組みが作られており、デイサービスも含みそれぞれの施設を客観的に評価し、改善に繋げる取り組みをされています。			