

アドバイス・レポート

平成 年 月 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 28 年 11 月 1 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むらさきの ）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) フロアの設え</p> <p>試行錯誤しながら、限られた空間を有効活用するべく工夫を凝らされていることが窺えました。それぞれの利用者に合う過ごし方を考えられ、尊重されていることが感じられ、フロアが和やかで穏やかな空間となっていました。</p> <p>また、利用者のプライバシーにも丁寧に配慮した工夫も施されていました。</p> <p>2) スタッフの姿勢</p> <p>聞き取り調査、職員ヒアリング、事業所見学を通じて、それぞれのスタッフが雇用形態にかかわらず主体的に仕事に取り組まれていることが窺えました。また、職員ヒアリングにおいてはどんな事業所にしていきたいかという目標を職員がしっかり語っておられました。聞き取り調査においても管理者、事務長が謙虚な姿勢で誠実に信念を持って事業運営に取り組まれていることが窺え、そのことが働きやすい職場、職員の定着につながっていることを感じました。</p> <p>3) 多職種協働</p> <p>利用者の入退院時には可能な限り病院に出向き情報収集をされる等関係者との有機的な連携を密に行い、サービスとサービスの隙間を埋めるような働きかけをされ、利用につながりにくい事例についても利用に繋げておられました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1) 苦情・意見・要望への対応</p> <p>利用者や家族の意向等をカンファレンスや日々の連絡帳のやり取り等において把握され、又満足度調査も毎年実施し、事業所の玄関の良く見えるところに掲示し、調査結果についても検討の上業務の改善に努められていましたが、意見、苦情については公開されていませんでした。</p> <p>2) 個人情報保護の意識の向上</p> <p>学習会等において、個人情報保護等の意識の向上に努められていますが、利用者のスペースと職員のスペースが混在している部分や、利用者の個人情報に当たるものが貼られていたり、利用者のファイルが広げている場面が見受けられました。掲示場所の検討やファイルを閉じるなどの意識の徹底等が必要であると感じました。</p>

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>3) 衛生管理</p> <p>感染症対策については、学習会等で意識の向上に努められるとともに、感染症マニュアルに基づき対応され、マニュアルには新しい情報も更新されていましたが、トイレに石鹸等が設置されておらず、流水のみでの手洗いとなっていました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 苦情・意見・要望への対応</p> <p>利用者や家族からの意見や苦情等はサービスの質の向上につながります。職員と利用者の関係は良好のようですが、それゆえに苦情等は言いにくいものです。そのような中で多くの意見等を引き出すためには意見等の言いやすい環境が必要です。意見箱にはあまり投函はされていないとのことでしたが、意見、苦情等の内容や対応策等を公開されることで意見等を汲み入れる姿勢を示すことができます。その姿勢が意見、苦情を遠慮なく言える環境を築くことになり、利用者や家族もサービスの質の向上を実感できると思います。</p> <p>2) 個人情報保護の意識の向上</p> <p>法人、事業所において、学習会等を開催し個人情報の保護等の意識の向上に努められていますが、日々の業務の中で意識を徹底することは容易ではありません。幸い、職員個々が意見を言い合える風土や機会を持っておられる様子をヒアリングでも感じましたので、その風土を活かして意識の向上に努められてはいかがでしょうか。日々の業務の中で意識できる客観的視点を持つことは大切ですし、専門職としての成長にもつながると思います。</p> <p>3) 衛生管理</p> <p>感染症対策についてはマニュアルもしっかり作成しておられ、学習会等で職員の意識の向上にも努められていますが、対策の始まりは手洗いの徹底だと思っています。トイレの後の手洗いは、石鹸等を使ってしっかりと、できる限りトイレ内で完結したいものです。利用者と職員が共用するトイレでもあり、特に職員の手洗いが不十分であっては、職員が媒体となって感染が広まることもありますので、今一度徹底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	2670100581
事業所名	デイサービスセンターむらさきの
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28年11月22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)全日本民医連綱領及び法人理念を事業所の玄関に掲示し、またパンフレットやホームページにも掲載されています。全職員（非常勤含む）に会議等において周知され、理念に基づいた取り組みが実施されています。2)案件別の意思決定方法は、法人の管理機構の中で決められており、職務規程において職務の権限・責任が明示されています。			
(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)事業計画は法人単位で単年度及び中長期の計画が策定されています。事業所においても法人の計画の下に、年度単位で事業計画を全職員で討議して策定されていますが、事業所単位での中長期の事業計画は策定されていませんでした。4)毎月開催される会議等で技量の向上等の課題を設定し全職員で検討し、確認されています。			
(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	B	
	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)管理者は、法人単位で開催される法令等の研修、学習会に年1回以上参加し、職員に周知されています。また、常勤職員には介護保険に係る法令集やQ&A集を配布し、非常勤職員も閲覧できるようになっています。6)責任者は、職務規程において役割や責任を文書化されており、職員の意見を聞く機会は毎月の会議や面接時に持たれていますが、管理者が信頼されているかどうかを把握する方法は、面接時での聞き取り以外に方法は持たれていませんでした。7)管理者や責任者は、同じフロアで業務を行われており、不在時には携帯電話で報告を受け、指示を出されています。			

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)有資格者が望ましいという考え方で職員募集は行われ、非常勤職員にも有資格者が複数おられました。採用後の資格取得支援については、きょうと福祉人材育成認証制度の支援制度を活用し、研修受講日の配慮等は行われていますが、受講者は休みを利用して受講されているとのことでした。9)研修については法人に階層別等の体系的な研修システムがありますが、事業所における研修については計画的とは言えず、必要に応じて研修を受けられているようでした。10)実習の受け入れについては法人のマニュアルで明文化されており、法人の他の事業所で受け入れられている実習の一部を受け入れられていますが、事業所には実習担当者はおられず管理者が対応されています。		
(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	B
		(評価機関コメント)		11)有給休暇や時間外労働の把握はエリア管理委員会で行われており、残業を減らす努力もされており、職員ヒアリングにおいても事業所が配慮されているとのことでした。有給休暇も毎月1回は取れているとのことでした。12)メンタルヘルスについては、カウンセリング契約を法人単位で結ばれており、電話やメールでも相談ができ匿名性も担保されており、家族も利用できるとのことでした。ハラスメントの規定は、就業規則には記載されていましたが、相談窓口等は確認できませんでした。		
(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)		13)広報誌やホームページにおいて介護サービスの情報や第三者評価の受診結果等もわかりやすく公表されていました。地域の行事への利用者の参加もされていました。14)地域で開催される講習会等に講師等を派遣されていました。また、11月に法人単位で京都北健康平和祭りを地域向けに開催され、約400人の地域の方が参加され、介護の体験や認知症の相談などのコーナーに専門職を派遣されていました。		

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)		15)パンフレットやホームページにわかりやすく記載してあり、パンフレットは事業所の入り口にも配布用に設置されていました。		
(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)		16)サービス内容や料金について、パンフレットや重要事項説明書を用いて丁寧にされており、そのことは利用者アンケートの回答結果からも窺えました。		

(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)		17) 他の支援者・事業所との連携により、計画策定から見直しまでの一連の流れが機能している様子が、それぞれのアセスメントシートや計画書で確認できました。18) 利用者本人及び家族の希望を確認し、利用者の状態を把握するため月1回モニタリングを行い、その都度ケアマネジャーにも報告を行っておられました。19) サービス担当者会議に出席され情報や意見交換を行い、得られた情報をもとに通所介護計画書を作成しておられます。20) モニタリングは月1回行い、計画の見直しは3カ月ごとに定期的に行われ、また状況や希望に応じた見直しの必要性についてはミーティングにて検討されていました。		
(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) 利用者の入退院時は可能な限り病院に出向き情報を収集される等、サービスとサービスの隙間を埋めるような働きかけもなされています。		
(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、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	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) 業務マニュアルは、適宜更新や確認がされていましたが、見直しの基準は管理者の判断ということで明確な基準は定められていませんでした。23) 利用者の状況は複写で記録されており、記録の管理規定も定められ、毎年職員に対して個人情報保護の学習会を開催されておりましたが、個人情報等が一部利用者から見える場所に混在していました。24) 職員間の情報伝達は、朝、夕のミーティングや申し送りノートにより丁寧に確実に行われていました。25) 利用者の状況等を記録した実行表の複写の部分に家族記入欄があり、家族との情報交換をしておられます。		
(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	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)		26) 民医連の診療所との連携体制があり、感染マニュアルも法人で作成されており、法人内で開催される学習会の開催等で意識の向上を図られ、送迎車にも嘔吐処理キット（ノロウイルス対策）を準備されたり、インフルエンザ対策としての湿度管理もされていましたが、利用者、職員共用のトイレの手洗いの場所に石鹸が配置されていませんでした。27) 事業所内は整理整頓され、清掃等も毎日しておられ、臭気もありませんでした。		
(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	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		28) 事故・緊急マニュアルが作成されており、送迎車にも緊急時・事故マニュアルを携帯されており、事故発生時には緊急連絡網により管理者に報告されています。29) 事故発生後は速やかに再発防止対策がなされている様子が具体例をもとに確認できました。30) 災害発生時を想定した消防避難訓練は年2回実施されていますが、地域との連携や合同の訓練等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)	31) 代表者が法人内研修に参加され、伝達研修を部会（スタッフ会議）にて実施し、また部会欠席者は報告書を確認されていることが書類で確認できました。32) 法人内研修に4名参加され、伝達研修等（31）と同様確認できました。また、フロアの真ん中にお風呂場の脱衣室の入り口がある建物構造になっていますが、入り口戸の前にのれんをつけ、その前に空間を創りカーテンを設置されており、プライバシーと安全に配慮されていることが施設見学にて確認できました。33) 利用を断っているケースはなく、利用しにくい利用者が利用につながるようにスタッフ間で智恵を出し合い、工夫を凝らしておられることが聞き取り調査の中で確認できました。			
(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	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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)	34) スタッフが利用者の思いや要望を受け止める姿勢でおられることが利用者ヒアリングにおける利用者の発言から窺えました。また、日々の連絡帳は丁寧に記載されており、家族が要望等を伝えやすいツールとなっていることも確認できました。35) 日常的に苦情や要望等を受け止める姿勢は十分に窺えましたが、書類等により、最後まで対応確認ができるものは年間数件と少なく、改善の余地があると思われました。36) 第三者の相談窓口の設置はされておらず、苦情の公表についても実施されていませんでした。			
		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)	37) 年に1回、満足度調査を実施されており、事業所内に掲示されていることが事業所見学にて確認できました。回答率は69%であり、回答内容を受けて浴場マットを購入する等の改善に取り組まれたことも確認できました。38) 毎月の部会（スタッフ会議）にてサービス向上に関する事項を取り上げ、サービス向上につながれていることが確認できました。39) 年度末に法人の総括会議において1年の振り返りを行っておられます。第三者評価は3年ごとに受診されています。			