

様式 7

# アドバイス・レポート

平成 29 年 11 月 27 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 10 月 14 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた洛和デイセンター百万遍様につきましては、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><b>1. 業務レベルにおける課題の設定</b></p> <p>・「平成 29 年度デイセンター百万遍の取り組み」において、課題を挙げて具体的な取り組みを行っていました。中でも、職員同士のコミュニケーション不足を改善するという課題に力を入れており、3ヶ月ごとに評価を行っていました。</p> <p><b>2. 地域への貢献</b></p> <p>・併設されたグループホームと合同で「秋祭り」を開催し、その中で民生委員、地域包括支援センター、介護支援専門員と、「認知症サポーター講座」を利用者・家族・地域の住民に対して行い、事業所の機能を地域に還元していました。</p> <p><b>3. 事業所情報の提供</b></p> <p>・事業所のパンフレットやホームページ、ブログ「百万遍子」、毎月発行する「百万遍通信」、法人が発行する月刊誌等、様々な手段を使い、サービスの内容を分かりやすく提供していました。また、見学や体験の希望に対応していました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. 事業計画等の策定</b></p> <p>・単年度の事業計画は作成されていましたが、理念・目標の実現に向けた中・長期計画がありませんでした。</p> <p><b>2. 法令遵守の取り組み</b></p> <p>・職員が把握すべき法令について、必要時迅速に調べられる体制ではありませんでした。</p> <p><b>3. 感染症の対策及び予防</b></p> <p>・感染症に罹患している利用者がサービスを受けられるような体制がマニュアルに明記されていませんでした。</p>

	<p><b>4. 第三者への相談機会の確保</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 公的機関の苦情相談窓口の記載や事業所の責任者体制の明示はありましたが、事業所関係者以外の第三者の相談窓口の設置がありませんでした。</li> </ul>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1. 事業計画等の策定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業の運営を行うにあたり、理念に基づいた中・長期計画を意識することで単年度の事業計画もより具体的で分かりやすいものになると思われます。事業運営の流れを意識して計画策定されてはいかがでしょうか。</li> </ul> <p><b>2. 法令遵守の取り組み</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職員が把握すべき法令について、誰もが迅速に調べられるように、一覧表の作成や法令を集めたホルダーを作成する等、工夫されてはいかがでしょうか。</li> </ul> <p><b>3. 感染症の対策及び予防</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 感染症の利用者の受け入れに関して、法人内の他事業所でも直面する問題ではないかと思われます。事業所会議等で他の事業所との情報交換を行い、明文化されてはいかがでしょうか。</li> </ul> <p><b>4. 第三者への相談機会の確保</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 隣接している法人施設（グループホーム）と連携しながら第三者委員を相談窓口を設置することで、利用者が安心してサービスを利用できるのではないのでしょうか。</li> </ul> <p>また、事業所の透明性が確保でき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	2670601000
事業所名	洛和デイセンター百万遍
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29年11月8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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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. 組織の理念を玄関に掲示し、朝礼時に理念の唱和を行うとともに職員が全員参加する月1回のフロアミーティングで周知されていました。今年度初めて家族交流会を行い、理念や運営方針の理解を深めていました。 2. 職務権限規程にもとづいて理事会が開催され、経営方針を業績会議や管理者会議に伝え、それを基に部門別会議（介護職、相談員、看護師、機能訓練士）で検討が行われ、全員が参加するフロアミーティングで意見を交換していました。		
	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	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。	A	A
	(評価機関コメント)			3. 単年度の事業計画は管理者会議で四半期ごとに振り返り、フロアミーティングで職員に伝えられていましたが、中長期計画がありませんでした。 4. 年度計画「デイセンター百万遍の取り組み」として、各職種ごとに課題の達成に取り組み、今年度は特に、職員間のコミュニケーションの向上を目指していました。		
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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。	B	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。	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)			5. 法令に関する研修は法人単位で行われ、1枚の勉強会レポートに各職員が記入したものを全職員に回覧する取り組みをされていました。しかし、関係法令のリスト化や職員が調べられる体制が整えられていませんでした。 6. 管理者は左京区、右京区、中京区エリアの業績会議、デイサービス部門の業績会議・管理者会議に参加し、地域での役割と運営方針を確認するとともに、意見を述べていました。年2回の職員面談と職員満足度調査で、管理者が評価される仕組みがありました。 7. 事業所携帯の所持や緊急連絡網を事業所電話の横に掲示し、管理者と常に連絡する体制が整っていました。また、終業ミーティングや業務日誌で随時状況を把握し、指示できる体制がありました。		

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
(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。	C	B
		(評価機関コメント)		8. ホームページや地域の情報誌、見学会の開催を通して法人の理念を発信し、必要な人材の募集を行い、人員の配置基準を満たしていました。人材育成制度の導入で採用後の資格取得支援も行われていました。 9. 年間の研修計画が立てられ、役職や経験年数によって計画的に研修が行われていました。外部研修の参加費用も全て法人の負担で参加できる仕組みとなっていました。 10. 実習の受け入れマニュアルはありましたが、基本姿勢の明文化や、実習指導者の研修がありませんでした。		
		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)		11. 有給休暇の消化率や時間外労働は経営責任者が管理し、年2回、職員の満足度調査で就業状況や意向を聞く機会が設けられていました。また、法人本部から職員の自宅に直接送られてくる福利厚生ガイドブックで育児休暇や介護休暇、リフレッシュ休暇の取得申請がしやすい体制がありました。 12. 従業員満足対策部会を設置し年2回個別面談を行い、事業所内にメンタルヘルスの相談窓口を掲示する等、職員のストレスを解消するための仕組みはありましたが、職員が休息する場所の確保は困難な状況でした。		
(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。	B	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)		13. 毎月事業所の広報誌（百万遍通信）を発行し、更にホームページやブログで事業所の取り組みや情報の公表を行っていました。地域で開催される独自のメディカルフェスティバルには職員が参加していましたが、活用できる社会資源や地域の情報が利用者に提供されていませんでした。 14. 併設のグループホームと合同で「認知症サポーター養成講座」を企画し、地域の民生委員、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所を交えて開催し、地域住民の参加を呼びかけていました。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
(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. 事業所のパンフレットやホームページ、ブログ「百万遍子」、毎月発行する「百万遍通信」を活用し、情報を提供していました。見学や体験の希望に応じて相談員が対応していました。		

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。	B	A
(評価機関コメント)		16. サービス開始時の面接や契約時にパンフレットや重要事項説明書を用いて説明、同意を得ていました。成年後見制度活用のためのパンフレットの設置もされていきました。		
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. マニュアルに定められた期間ごとにアセスメントが見直され、独自のデイセクター状況調査票に記載されていました。 18. 利用者や家族の希望がケアプランから通所介護計画に反映され、サービス担当者会議では利用者・家族の意見が述べられていました。 19. サービス担当者会議において、主治医や介護支援専門員等と意見交換し、計画に反映させていました。 20. モニタリングは3ヶ月ごとに実施されていましたが、個別援助計画の見直しや変更を行う手順や基準を明記したマニュアルがありませんでした。		
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。	B	A
(評価機関コメント)		21. 退院時カンファレンスにも積極的に参加し、利用者のかかりつけ医等、関係機関のリストが作成されていました。		
<b>(5) サービスの提供</b>				
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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		22. デイサービスのあり方を各職種会議で話し合い、マニュアルの見直しが予定されていましたが、具体的な見直しの基準や仕組みがありませんでした。 23. 日常のサービス記録はパソコンに記録され、法令遵守や個人情報に関する研修も行っていましたが、記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規定も定められていませんでした。 24. 利用者ごとの記録（熱型表）をもとに毎日の終業時ミーティングで職員間の情報共有を図っていました。6か月ごとにカンファレンスを行い、意見集約を行っていました。 25. 送迎時に利用者のその日の様子を伝えたり、連絡帳の活用で、家族との情報交換が行われていました。また、連絡帳にレクリエーション時の写真を貼り、様子を知らせていました。		
<b>(6) 衛生管理</b>				
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。	B	A
(評価機関コメント)		26. 感染症に関するマニュアルが策定され、毎年研修が行われていましたが、感染症の利用者の受け入れに関する体制がありませんでした。 27. 事業所内の清掃や整理整頓は送迎後に職員が毎日行っており、定期的に換気を行い、臭気対策も行われていました。		

(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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		28. 緊急時対応マニュアルがあり、緊急時の連絡網が事業所内に掲示され、職員は必ず普通救命講習を受ける決まりになっていました。玄関の入り口に利用人数を掲示し、消防隊が対応しやすい配慮がなされていました。 29. 事故発生時には事故報告書が作成されていました。また、他の法人内のデイサービスで起こった事故の検討も併せて行い、マニュアルの見直し等再発防止に取り組んでいました。 30. 年2回消防署員立ち合いのもと、消防訓練が実施されていました。また、災害時対応では併設されているグループホームと一緒に町内会長を交え、近隣対応の職員を決めた訓練が行われていました。		

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

#### 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	B		
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. 事業所内に、利用者の人権や意思を尊重したサービスを行うことを宣言した理念を掲示し、勉強会や研修も行ってました。 32. トイレの入り口に使用中の札を設置する等プライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供は行っていましたが、勉強会や研修会が開かれていませんでした。 33. 入浴設備上利用者の希望に沿えない時は、法人内の他の通所サービスを紹介したり、利用者が希望する曜日が定員オーバーする場合は他の曜日の提案を行っていました。				
(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	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。	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)		34. 年2回の満足度調査や、今年度は家族交流会が開催され、家族の要望を聞く機会を持たれていましたが、意見箱が利用者からは見えない場所に置かれていました。 35. 苦情対応システム（No.1システム）の導入で苦情の対応を行い、満足度調査の分析も行っていましたが、改善状況の公開はなされていませんでした。 36. 苦情の相談窓口に公的機関の表示はありましたが、第三者委員等、外部の相談窓口の設置はありませんでした。				
(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っている。	B	B		
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	A		
(評価機関コメント)		37. 法人内に設置されたサービス評価機関（No.1課）によって年2回、利用者満足度調査が行われ、法人の担当部署が集計・分析を行っていましたが結果に基づいてサービスが改善されたか確認する仕組みはありませんでした。 38. 法人内の通所サービス全体の満足度調査結果をもとに全員参加のフロアミーティングや各部門ごとの会議で質の向上に係る検討を行っていました。法人内の118事業所が180名の評価者を選び、事業所同士で互いに評価することで質の向上につながる仕組みがありました。 39. 法人の内部監査により事業所の評価を実施し、目標達成度に応じて次年度の事業計画に反映されていました。				