

アドバイス・レポート

平成27年2月28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26年10月24日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（事業所名：老人デイサービスセンター山城ぬくもりの里）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11)有給休暇は各職員に月1回の取得を奨励されており、時間外労働管理も承認制にするなど適正に行われています。日帰りの職員旅行やリクリエーションも年に数回実施されており、離職率が低いことから、職員にとって働きやすい環境の整備が行われていることがうかがわれ、高く評価することができます。</p> <p>(通番17)利用者の心身の状況や生活状況は丁寧に確認されています。担当者会議において確認、所定のアセスメント用紙に記録し、担当者会議にて主治医や専門家と連携して個別援助計画の「ケア・アセスメント表」を作成され、「通所カンファレンス記録」にて各職種による意見を収集しています。また、「課題分析票」をもとに、OT(作業療法士)や看護師、介護職の多様な意見を集約し、「機能訓練計画書」の作成が行われていました。また、定期的にサービス内容の組み立てと見直しをなされ、半年ごとに「通所介護計画」の見直しをされるなど、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、丁寧なサービスにつなげる意識が高いことがうかがえます。</p> <p>(通番38)年に一度の満足度調査を実施し、集計結果等を部署会議にて共有し、要望の中で職員との連絡方法など、改善できうることに真摯に取り組まれていることを聞き取りました。また、サービスの質の向上のための検討体制を整備し、運営責任者を含む部署会議や各委員会で課題の検討を行っていることが会議報告書などから確認できました。その他、他事業所への研修や見</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>(通番1)組織の理念及び運営方針の明確化や周知については、掲示や広報媒体及び各種委員会が中心となって取り組まれ、サービス提供に実践・反映されていますが、利用者やその家族等に対する取り組みは確認できませんでした。利用者やご家族への施設の理念や運営方針を理解を深めるための積極的な取組みが望まれます。</p> <p>(通番23)利用者の状況及びサービス提供状況は「規定」により、適切に記録・保管されており、職員間で閲覧ができる「最新情報ファイル」にもありますが、「破棄規定」の整備がなされていませんでした。</p> <p>(通番30)災害発生時における対応は自主防災委員会が設置され、適宜指揮系統を記載したマニュアルも整備され、年二回の避難訓練も実施されていますが、福祉避難所として機能するためにも、地域連携を意識したマニュアルの設置が必要です。</p> <p>(通番35)利用者や家族からの要望は、会議で職員全員に周知され、サー</p> |

具体的なアドバイス

(通番5) 遵守すべき法令については、運営責任者を中心として、法改正の都度、内外の研修で対応するなどされていますが、パソコンデータなどで法令をリスト化し、職員集団として共有することで、より効率的なコンプライアンス体制の構築につながるのではないのでしょうか。

(通番23) 利用者の状況及びサービス提供状況は適切に記録され、保管されており、職員間で閲覧ができる「最新情報ファイル」にもありますので、次の改定の折にはぜひとも破棄規定を整備し、何年で何をどう破棄すべきかを具体的に明示することで、事務所内の増え続ける記録を適切に管理することが出来ると思われれます。

(通番30) 災害発生時における対応は自主防災委員会が設置され、指揮系統などのマニュアルも整備され、年二回の避難訓練も適宜実施されていますが、地域の福祉避難所として、もう少し地域との連携を意識して、各種関係施設や可能性のある連絡先等を明記するなど、仕組みやマニュアルの改訂をされていかれたらどうでしょうか。

(通番35) 利用者や家族からの要望は、連絡ノートや日々の送迎時にも聞きとられ、会議などで職員全員に周知され、サービス改善の取り組みが秀逸になされていることが認められます。これら利用者からの要望や意見から、具体的にどのような工夫をしてサービス改善を行ったかを館内掲示や文書

※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 | 2671400196 |
| 事業所名 | 老人デイサービスセンター山城めぐもりの里 |
| 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) | 介護老人福祉施設・短期入所生活介護・訪問 介護・居宅介護支援 |
| 訪問調査実施日 | 平成26年11月19日 |
| 評価機関名 | 一般財団法人社会的認証開発推進機構 |

| 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 | B |
| | 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思決定を行い、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) | | | 組織の「運営方針と介護方針」は玄関に掲示があり、「パンフレット」「ホームページ」の施設案内により、組織理念や運営方針が周知されていることを確認した。職員全員参加による年6回の「全体会議」をはじめとして、各種委員会は月1度の開催を行い、経営理念や方針、行動指針に基づいて、職員間でサービスに関する協議・検討がなされており、職員に対する理念及び運営方針の浸透が図られていることが議事録及び聞き取りから確認できたが、組織の理念及び運営方針について、利用者や家族等の理解が深まるよう | | |
| (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 | 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。 | B | A |
| | (評価機関コメント) | | | 単年度事業計画については、部署会議や各種委員会、全体会議等で検討・報告される事項に基づき、作成されていることが議事録により確認できた。しかし、理念や目標の実現に向けた中長期計画の策定は確認できなかったため、通番3はB評価とした。各業務レベルにおける課題は、各部門で委員会を設置し、課題の分析や達成度を把握して評価・検討されていることが、集計表及び議事録、聞き取りから確認できた。また、事業計画の評価と見直しは半年ごとに行っているなど各部門全体で課題の達成に取り組んで | | |
| (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。 | 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) | <p>法令遵守については、外部研修に管理者が参加し、内容をサブリーダーに伝えていることが聞き取りから確認できた。各種法令は個別に管理・把握されているものの、リスト化はされておらず、職員がすぐに調べられる体制は整えられていない。</p> <p>管理者の役割や責任は「管理者及びリーダーの責務」により規定されており、職員の部署別リストである「職員構成図」で責任者の関わりが確認できた。</p> <p>施設長は月一回の各委員会に参加し、現場の状況や職員の意見を把握し、運営方針に反映していることが議事録により確認できた。施設長はサブリーダー以上の管理者と年2回面談の機会を持ち、管理者としての責任を確認していることが聞き取りにより確認できた。「ディサービス職員連絡網」により相互連絡体制が構築され、「ディサービス事故発生</p> |
|--|------------|---|

| 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) | | <p>質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のため、職員の大半を常勤職員としていたことを「勤務体制及び勤務形態一覧表」により確認した。また、職員離職率が低いことを聞き取りで確認した。資格取得を奨励し費用補助を実施し、初任者研修受講終了者や介護福祉士の比率を上げるなどで介護サービスの向上を図られていることが、聞き取りから確認できた。</p> <p>採用時の研修はマニュアルに基づいて2日間実施されており、職員研修に関しては、年4回の勉強会の他に各種研修を体系的に実施されていることを「研修計画書」「職員研修体</p> | | |
| (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) | | <p>職員の労働環境に関する労務管理事務は、管理部門において行われており、月1回の有休休暇取得の奨励や超勤の際には「超勤申請書」により上司の事前承認を必要とするなど、時間外労働に対する管理がなされていることが職員の聞き取りなどから確認できた（京都府子育て応援企業）。また、就業規則には育児、介護規定があり、「職員の勤務体制及び勤務形態一覧表」により、各職員の勤務体系が一覧できるように管理されていることが確認できた。入浴時介助時の負担を軽減するスライディングボードや回転シートなど介護機器の導入も施設見学時に確認した。</p> <p>ストレス対策として、外部メンタル相談窓口の掲示や休憩室の確保、投書箱による職員意</p> | | |
| (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) | | <p>地域への施設情報の発信媒体として、施設パンフレット、ホームページの他、広報誌「里だより」チラシ「デイだより」を発信されていることを確認した。また、市の広報誌「広報きづがわ」への紹介記事を掲載されていることを聞き取った。施設理解を深める取り組みとして、地域住民向けの「カフェ茶々」という催しを実施されていること、及び第三者評価結果を開示されていることが聞き取りから確認できた。しかし、地域行事などに参加する場合の職員などの援助体制については未整備のため、通番13はB評価とした。</p> <p>事業所が有する機能を地域に還元するため、研修会、講演会を実施、「認知症サポー</p> | | |

| 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) | パンフレットやホームページでサービス選択に必要な情報は提供しており、確認事項が文書化され、「デイサービスからのお知らせとお願い」や要支援の人には「介護予防の利用者の方へ」という文書が用意されている。見学や体験入所は随時可能な体制となつて | | | |
| (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」に基づいて、利用者に分かりやすく説明を行い、「契約書」により適切に契約締結業務が行われていることを確認した。成年後見制度については、相談ルームに家庭裁判所や高齢者権利擁護センターなどのパンフレットを設置するなどの取り組み | | | |

| (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) | | <p>利用者の心身の状況や生活状況を担当者会議に於いて分析・確認し、所定のアセスメント用紙に記録していることを確認した。担当者会議にて主治医や専門家と連携して個別援助計画の「ケア・アセスメント表」を作成し、半年に一度「通所カンファレンス記録」にて各職種による意見を収集されていることを確認した。</p> <p>また、「課題分析票」により課題の把握を通じて、機能訓練士や看護師、介護職の意見を集約し、「機能訓練計画書」の策定などが行われ、サービス内容の組み立てと見直しが行われていることが会議録などから確認できた。半年ごとに「通所介護計画」の見直しを行っ</p> | | |
| (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) | | <p>関係各機関との連携および支援体制は、連絡先リストを作成して連携対応できるように整備されていることを確認した。また、利用者の主治医との連携も「情報提供書」により確</p> | | |
| (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) | | <p>業務マニュアルの内容についての課題等は、会議等において検討されており、年に一度の更新がされていることを確認した。利用者の記録の保管・保存・持ち出し等の規定は「最新情報ファイル」にもあるが、「破棄」に関する規定のみ整備されていなかったため通番23の評価はBとした。利用者の情報は職員間では適宜、「最新情報ファイル」に更新され、朝礼での職員共有の他、回覧で確認されていることを職員の押印等で確認した。家族へ</p> | | |
| (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 | B |
| (評価機関コメント) | | <p>感染症対策及び予防に関しては、「感染症対策委員会」を設置し、防止マニュアルの作成、見直しをはじめ、年に一度の勉強会の開催を委員会記録より確認した。施設内の整理・整頓及び衛生管理も適宜行われてはいたが、外部清掃委託会社からの</p> | | |
| (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 | B |

| | | |
|--|------------|---|
| | (評価機関コメント) | <p>「事故発生時対応マニュアル」と「緊急時対応マニュアル」は、年一度の見直し・更新が行われていることを確認した。</p> <p>「事故対策委員会」の設置を行い、年1回の勉強会の実施を委員会の記録より確認した。特に「事故報告書」にて、家族のコメント欄を作成されるなど、事故再発防止に向けてしっかりと対応・実施されていることを確認した。</p> <p>災害発生時の対応は、避難訓練は自主防災委員会で年2回の避難訓練を実施されてい</p> |
|--|------------|---|

| 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) | | HP上の「ごあいさつ」にも、利用者を尊重した介護方針が記載されているほか、「身体拘束O推進委員会」を設置するなど、高齢者の尊厳保持に配慮したサービスを提供できる | | |
| (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。 | B | B |
| | | 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) | | 利用者の意向を広く拾い上げ、収集する仕組みは家族会の実施やアンケート調査からなされていることを確認した。利用者からの意見や要望は、各種会議等で職員全員へと周知し、サービス改善の取り組みの一環としていることを聞き取った。利用者からの要望や意見から、サービス改善を行った場合の具体的な状況の公開は、今のところされていない。施設内での介護相談員や外部人材を受け入れて、利用者が施設内での相談機会の | | |
| (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) | | 年に一度の満足度調査を実施した後、集計結果等を把握し、部署会議にて報告されていることを確認した。また、要望の中で改善できうるものに取り組まれていることを聞き取ったほか、検討課題の内容は会議報告書に記載されていることを確認した。サービス提供状況の質の向上のため、他事業所への研修や見学を積極的に行っていることを聞き取ったほか、デイ会議にて議論や検討の結果が、サービス改善のための具体 | | |