

アドバイス・レポート

平成27年3月6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12月1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（京都市東山老人デイサービスセンター）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>○組織体制 本事業所では、施設の方針、サービスの向上、リスクマネジメントなどについて毎月の正職会議や職員会議で話し合っています。法人本部の介護事業部や施設福祉推進室から施設長会議や相談員会議、ケアワーカー会議への参加があり、組織としての意思決定にそれらの会議での意見を取り上げる体制になっています。</p> <p>○事業所情報等の提供 見学の希望者で、車いすを利用している人には送迎をして受け入れています。また、お試し利用は、入浴サービス以外の食事等のサービスを提供しています。お試し利用の受け入れに際しては、利用者の状況を職員に十分に周知するよう暫定の個別援助計画を策定しています。</p> <p>○個別援助計画等の見直し 毎月モニタリングを実施しています。ADL等の項目以外にサービスの実施状況や短期目標の達成状況、通所サービスの変更の必要性、検討すべき課題や問題点など詳細に確認をして、それを基に計画の見直しの必要性を検討しています。</p> <p>○職員間の情報の共有 利用者の状況等に関する情報の共有が職員間で確実にできるように工夫しています。朝夕のミーティングで確認をするだけでなく、業務日誌に入力した状況を送りの職員が確認して家族に伝えることができるようにしています。また、短時間労働の職員には掲示で知らせています。看護師は上記以外に看護師間の連携を取るための連絡ノートを作成しています。支援についてのケースカンファレンスを毎月の職員会議で行っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○ 計画の策定 法人、事業者ともに単年度計画は策定していますが、中・長期計画は確認できませんでした。サービスの質の向上のためには中・長期を見据えた課題の設定が重要と考えます。</p> <p>○業務レベルにおける課題の設定 業務レベルごとの課題の設定が見られません。介護サービスの質の向上のためには、看護、介護など業務ごとの課題設定が必要と考えます。</p> <p>○継続的な研修・OJTの実施 法人の研修計画に沿って新任、中堅、管理職と研修がありますが、デイサービスの職員として学ぶべき専門知識や技術についての研修の計画がありません。職員がスキルアップするための研修とその計画が必要と考えます。</p> <p>○事故の再発防止等 「ヒヤリハット」と「事故報告書」を作成し、正職会議や職員会議で事故を分析し再発防止に努めていますが、それをマニュアルや事故防止対策の見直しには十分活用できていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>平成7年に開設した観光地にあるデイサービスセンターです。開所当初から元気な高齢者の社会貢献の場として地域の高齢者をボランティアとして受け入れ、運営をしています。調査当日は32名の利用者がありました。落ち着いた雰囲気です。皆さん穏やかに過ごしておられました。</p> <p>今後の更なるサービス向上のために以下のアドバイスをいたします。</p> <p>○ 計画の策定 単年度計画だけではなく、組織としてサービスの質の向上を意識した中・長期計画を策定することで、単年度では解決できない課題を継続して積極的に取り組むことができるようになると思います。また、見通しを持って仕事に取り組めますので職員の仕事に対する心構えも変化するのではないのでしょうか。職員会議や法人の各部門の会議で出てきた課題等を達成していく期間を定めて計画化するところから始めてはいかがでしょうか。</p> <p>○業務レベルにおける課題の設定 介護サービスの質の向上のためには、業務レベルごとの課題を設定し、その課題の具体的な解決策を盛り込んだ計画を作ることが必要と考えます。相談、介護、看護、調理など、業務ごとに課題を設定して、その課題をもとに具体的な解決策を盛り込んだ計画を策定することが必要です。また、達成状況を少なくとも半期ごと確認して計画の見直しに繋げてください。</p> <p>○継続的な研修・OJTの実施 法人のデイサービスの研修の場や東山区介護保険関係事業所連絡会の研修もありますが、デイサービスの職員として学ぶべき専門知識や技術の研修が必要です。そのための研修計画を策定し、職員自身が自分の目指すべきところを明らかにした上で研修の実施があれば、さらにスキルアップできると思います。</p> <p>○事故の再発防止等 「ヒヤリハット」と「事故報告書」を作成して事故を分析し再発防止に努めるだけでなく、それをマニュアルや事故防止対策の見直しに活用することで、さらに事故の再発防止に繋がると考えます。</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	2670800065
事業所名	京都市東山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
訪問調査実施日	平成27年1月23日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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
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。	B	A	
	(評価機関コメント)		1. 理念や運営方針は、利用者や家族に重要事項説明書で説明しています。職員全員に浸透するように職員会議で確認しています。 2. 介護事業部の施設長会議や相談員会議、ケアワーカー会議に法人本部の管理職の参加があり、意見を吸い上げる仕組みになっています。事業所内は、正職会議でサービス向上等の案を作成して職員会議に諮り決定しています。			
(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。	B	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	B	
	(評価機関コメント)		3. 単年度の事業計画は、施設長が素案を作成して正職会議、職員会議を経て決定していますが、中・長期計画は策定していません。 4. 単年度計画は上半期、年度末総括をしていますが、業務レベルごとの課題の設定は不十分です。			
(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)		5. 行政の集団指導に参加して法令遵守についての情報を収集していますが、把握すべき法令のリスト化は見られませんでした。 6. 事務分掌で役割を明確にしています。法人本部の管理職が直接職員にヒヤリングをする機会を設けており、事業所の管理者の評価をしています。 7. 管理者は、常時携帯を所持して連絡が取れる体制にしています。業務日誌により職員の状況を把握しています。			

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
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。	B	B
		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	B
		(評価機関コメント)		8. 介護福祉士取得のための講習会の参加費用やテキスト代を法人が負担して支援をしています。今年度も数名が受験予定です。 9. 法人全体で研修計画があり、これに沿って研修を行っていますが、デイサービスの職員としての専門知識や技術に関する研修については、体系的な計画が見当たりません。 10. 「実習生受け入れ要綱」を法人で定めて基本姿勢を明らかにしていますが、実習指導者に対する研修の実施はありません。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 勤務月報を作成して有給休暇の消化状況や時間外労働の管理をしています。 12. 産業医による相談体制を確保していますが、休憩室がなく相談室と兼用になっています。		
(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。	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。	B	A
		(評価機関コメント)		13. 開所時よりボランティアを組織して継続して受け入れていますが、地域の行事に利用者が参加するには至っていません。 14. 地域包括支援センター主催の「認知症サポーター講座」に参加したり、地域の2学区の祭りに相談ブースを出しています。民生委員の研修会として見学会と介護保険の説明会を開催しました。		

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. 法人のホームページと事業所のパンフレットで情報提供をしています。見学やお試し利用の希望者は個別の状況に応じた対応を行っています。お試し利用の人には、暫定の個別援助計画を作成して対応しています。		

(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)		16. 契約と重要事項の説明にあたっては、料金表やデイサービスのパンフレットも利用して本人・家族に適切に説明を行っています。		
(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	A
(評価機関コメント)		17. 利用申込書兼面接記録票を利用し、初回アセスメントを丁寧に行っています。認定の更新時や必要な時に見直しを行っています。 18. アセスメントに基づき、利用者や家族の希望を聞いた上で個別援助計画を策定しています。 19. サービス担当者会議に出席し、主治医や看護師等の意見を聞いて個別援助計画に反映しています。ケアマネジャーにモニタリング報告書を毎月渡して連携を図っています。 20. 毎月のモニタリングでサービスの実施状況、短期目標の達成状況、検討すべき課題など詳細に確認をしています。それを基に計画の見直しを行っています。		
(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)		21. 地域包括支援センターやケアプランセンターと連絡が取りやすい環境にあり、2か月に1回はケアマネジャーとの合同会議で情報を共有する機会があります。退院時のカンファレンスに出席するなど利用者支援に努めています。		
(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。	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	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. 法人の共通マニュアルだけでなく事業所独自の業務マニュアル、送迎マニュアルを作成しています。職員会議において定期的に業務の改善を検討していますが、マニュアルの見直しの基準が明確になっていません。 23. 利用者の状態を丁寧に記録していますが、情報開示の観点からの研修などは行っていません。 24. 朝夕のミーティングや業務日誌を作成して職員間の情報共有を行っています。毎月実施する職員会議でケアカンファレンスを実施するとともに、併設のケアプランセンターと2か月に1回ケアカンファレンスを行っています。 25. 送迎時や連絡帳を活用して家族と情報交換を行っています。配慮が必要な利用者の家族には必要に応じて訪問や電話で対応しています。		

(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	B
(評価機関コメント)		26. 法人のマニュアルを活用して感染症対策の研修を行っていますが、マニュアルの見直し時期が定められていません。施設の入り口や施設内に感染予防率が高い消毒液を置いて感染症予防に努めています。 27. 清掃は毎日職員が行っています。臭気はなく、清掃は行き届いていると言えますが、洗剤等の収納場所の工夫が必要です。		
(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。	B	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. 事故防止・緊急時対応マニュアルを作成しています。職員は救急救命講習を受講しています。 29. 「ヒヤリハット」と「事故報告書」を作成し、正職会議や職員会議で個々の事故を分析して再発防止に努めています。年間の事故データの分析やマニュアル等の見直しはしていません。 30. 事故防止・緊急時対応マニュアルを作成し、事務所内には「事故発生の応急処置・事故防止対策」の手順を掲示し職員に周知しています。利用者参加で避難訓練を実施していますが、地域との連携を意識したものではありません。自然災害発生に備えての備蓄はありません。		

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. 身体拘束禁止の理念及び方針を明示してサービスの提供を行っています。高齢者虐待防止の外部研修を受けた職員が、職員勉強会で伝達研修をしています。朝夕のミーティングや正職会議、職員会議、勉強会で振り返りと対応の検討を行っています。 32. 介護サービスマニュアルにプライバシーに配慮する為の具体的な方法を明記しています。職員会議で接遇マナー・プライバシー研修を実施しています。 33. 利用者等の決定を公平・公正に行っています。昨年度は近くのデイサービス2件が廃業したため受け入れできないことがありましたが、今年度は断ることなく受け入れています。				

(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。	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	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。	A	B
(評価機関コメント)		34. 事業所内2か所に意見箱を設置しています。また、毎年全利用者を対象にユーザーアンケートを実施しています。 35. ユーザーアンケートの集計結果は事業所内に貼り出していますが、利用者からの意見・要望・苦情についての改善状況は公開できていません。 36. 第三者および公的機関等の相談窓口の連絡先等を事業所内に掲示していますが、市民オンブズマンや外部の人材を受け入れての利用者の相談機会は確保していません。		

(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	B
(評価機関コメント)		37. ユーザーアンケートを実施し、その結果に基づいて改善策を検討していますが、アンケートの前でどのようにサービスが改善したかを確認する仕組みがありません。 38. 事業所内では毎月1回正職会議と職員会議を行い、サービスの質の向上に係る検討をしています。また、他法人の事業所見学や法人内のケース検討会で他の事業所の取り組みなどについて情報収集し、自事業所と比較検討をしています。 39. 第三者評価を受診し改善を図っていますが、サービスの質の向上のための年1回以上の自己評価は行っていません。		