

アドバイス・レポート

平成 25 年 3 月 6 日

平成 24 年 6 月 28 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた、京都市勧修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。

特に良かった点と
その理由(※)

京都市勧修老人デイサービスセンターは社会福祉法人勧修福祉会の傘下にあり、開設から 16 年目を迎えます。

法人理念の「尊厳の保持・自立支援、利用者主体のサービス提供を・実践します。」を基に、デイサービス事業所方針を「一期一会の真心で・・」、「利用者主体・利用者本位の自己選択・自己決定」が可能なサービス提供を目指し実践に努めておられます。建物は 1 階にレクリエーションルーム、大きなガラスブロックにモザイク状に富士山の描がかれた（利用者合作）風呂場、2 階には食堂が設置され、2 階へのゆるやかな階段は機能訓練の場に利用され、踊り場の窓際には昔の懐かしいミシンや扇風機、アイロンなどが置かれています。このような職員のアイデアや工夫は、歴史を重ねた当事業所の良さといえます。

I - (1) 理念の周知と実践

法人理念・事業所運営方針並びにサービスの特色は事業所玄関に掲示され、インターネットや広報誌に載せ、外部に発信しています。ここには初代理事長の勧修福祉会創設への想いも綴られ、法人の歴史を理解する情報として印象に残ります。職員は法人の理念・運営方針等が記された「職員心得集」を携帯し、年度毎の運営方針の下に事業計画を検討・作成し、介護活動は理念・運営方針に沿って実践されています。

I - (2) 事業計画の策定

IV - (3) 質の向上に係る取組

年度毎に作成された事業計画は半期・一年毎に評価を行い、次につながよう取り組まれています。職員意見は各会議で集約し、利用者からの要望は概ね年 1 回アンケート調査を実施すると共に、レクリエーションルームに置かれた「何でもご意見箱」には日々の些細な要望・意見が感謝の言葉と共に数多く寄せられ、職員は共有し、事業計画や日々のサービスに反映させています。昼食の選択メニュー・多様な飲み物が準備された喫茶室、レクリエーションは毎日 5～6 種類を準備、リハビリを兼ねたゲーム機（3 ヶ月毎に入れ替える）も設置され、好みのレクリエーションを選び、楽しむことが出来ます。特にほぼ毎月実施される外出リハビリには利用者の 7 割が参加しています。これらは、当事業所方針である「自己選択・自己決定」を具現化した自立支援を目指す実践と理解できます。

特に改善が 望まれる点と その理由(※)	1－(2)事業計画の策定 デイセンターとしての事業計画については単年度計画の優れた点として先に特記させていただいていますが、同じく現場レベルにおける中・長期をスパンとする計画が立てられていませんでした。介護保険の改定に伴うプログラム変更に関連する専門的な支援策や、事業所の歴史と共に利用者の重度化や認知症対策など、諸課題はすでに把握されています。開設16年という事業所の今後の発展・展望を考えると、中・長期に及ぶ計画の検討を望みます。 Ⅱ－(1)人材の確保・育成 職員には役割基準に目標レベルが設定され示されています。しかし個人の業務レベルの目標と計画は若干分かりにくく抽象的です。より具体的にし、達成度が分かることが必要です。 Ⅲ－(3)個別状況に応じた計画策定 通所介護計画の問題点は居宅介護計画との整合性があり丁寧に問題抽出されていますが、解決策に不十分さがみられます。目標は長期・短期で立案されていますが期間の設定がありません。 計画の実施に当たっては「通所介護計画実行表」を作成し、介護が適切に実施出来たかのチェックを行っておられ有効性は評価出来ます。しかし介護中の利用者の変化や満足度などの反応が把握できていません。
具体的なアドバイス	Ⅱ－(1) 人材の確保・育成 個人目標設定は職種や職務経験年数によって違いがでできます。日々の業務活動の中から課題をみつけ、一年間で達成できる具体策を立案し、その過程はスタッフ会議で定期的に発表しあうことが出来れば、職員相互の刺激になります。目標・具体策には必要に応じて期日を設定し、達成度がわかるように数値化してみるなどの検討を期待します。 Ⅲ－(3) 個別状況に応じた計画策定 目標の期間設定は評価時に必要になります。達成出来なかった場合に、目標が高すぎたのではないか、解決策に不十分さがないか、心身の変化は？等、急変以外は目標設定期日にあわせての評価が必要です。解決策は実際行っている介護行為を具体的に書き、実施者（本人・家族・介護士・看護師・相談員・栄養士）等を明記することで責任の所在を明確にすることができます。 介護記録の検討を始めると聞かせていただいたが、通所介護計画実行表と介護記録の両方で記録されることを提案させていただきます。 ・利用者人数達成への取組について 課題意識を持ち、長期欠席者等の状態把握の努力がされています。対人援助事業にはきめ細かな心の交流が求められるところで、入院中の利用者にはお見舞いをする、在宅者にはデイの行事案内などを持ち訪問し声をかける、留守宅には一筆箋を添えるなどの取組をされてはいかがでしょうか。

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2674100066
事業所名	京都市勧修老人デイサービスセンター 指定通所介護事業所
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25年1月25日
評価機関名	社団法人京都ボランティア協会

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）及び事業所のスタッフ全員が、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。		B	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、法人理念は墨字で大きく記し、玄関ホールに掲げている。職員には配布されている「デイリーチェックシート」や「心得手帳」に記載し、意識強化を図っている。具体的なサービス内容・運営方針は施設案内に明記し、事業計画の下、実践し利用者・家族に繋げている。2、組織体制は現場の「スタッフ会議」、「職員会議」を起点に、「課長会議」「運営会議」等の上部組織へと、議論を経て、理事会へとつながる意思決定体制が構築されている。現場職員は発言や意見が言いやすく風通しの良い組織と評価している。			
(2)事業計画の策定						
	事業計画等の策定	3	組織として介護サービスの質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、経営方針・運営方針のもとに単年度の事業計画は立てられているが現場レベルでの中・長期的な計画策定は出来ていない。単年度の事業計画は法人の経営方針を踏まえ当面する課題を計画化している。4、業務レベルの課題は、利用者・家族のアンケート調査結果なども踏まえ、スタッフ会議、職員会議で意見を交わし、組織的な取り組みがなされている。各職員は自己評価、行動評価を「デイリーチェックシート」でチェックし上司が日々確認している。しかし課題の達成度・期間などが明確化されておらず、達成状況の把握に繋がりにくい。			
(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。		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、いつでもスタッフ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、法人としての関連法令や通知等の情報は収集され、法人の関係部署から現場に伝達されている。現場は内容によっては業務日報・報告書などを通し適宜職員に周知すると共に、職員心得集に綴り、職員に理解を促し法令遵守の意識化に努めている。ただし資料の一覧等のリストアップは見られなかった。6、当施設の事業管理責任者の施設長並びに担当課長（管理者）は職務権限一覧や役割基準表のもとに、日々の業務の場並びに会議でリーダーシップを発揮し、人事部課面接等で意見を交換し職員の人材育成や「仕事のやりがい」の支援に努めている。7、施設長並びに管理者は経営目標・事業計画・運営方針を示し、職員にて年間事業計画を作成し、半期ごとに計画の執行状況が把握されている。事業に関しては報告書・業務日誌などで随時状況を把握し具体的な指示が行われている。			

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。	B	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	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。	B	B
		(評価機関コメント)				
		8、採用基準が設けられているが人柄や、やる気ある人材確保は重視されている。資格研修を奨励し、報奨や手当制度を設けている。常勤比率、有資格者を一定確保し体制面で加算がされている。9、人材育成は法人並びに事業所の年度目標に掲げられ、法人研修は階層別、専門課程別の体系だった研修計画が立案されている。シフト調整受講に努め、研修履歴も残されている。資格取得研修への支援(半額負担等)、手当や報奨制度も設けている。10、実習生は法人内の特別養護老人施設の実習生で通所現場の実習生として看護師、介護福祉士実習生を受け入れている。ただし当事業所として介護福祉士実習指導者として資格取得は出来ていない。				
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	B	A
		ストレス管理	12	スタッフ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、有給休暇について、職員にとって休暇が取りやすくなるよう新たに時間給制度を採用し、休暇の消化率を上げている。育児休暇・介護休暇については法人内では実績があるが、当事業所ではまだ取得者はない。事前に休暇の希望を出しシフト面の調整が可能なこと、介助負担軽減面では浴室の機械浴の導入など入浴設備面の改善がなされ、休憩場所も整備され労働環境面に改善が見られる。12、職員のストレス対応については相談面では職制に相談する以外、制度として産業医等は設けられていない。福利厚生面では親睦会・助成制度があり、多数の参加や利用があり以前に比べると良くなったと職員は評価している。				
(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	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。	C	B
		(評価機関コメント)				
		13、事業所の機関紙や広報紙は介護事業所や関係団体、社会福祉協議会、女性会他に配布し、町会の回覧板に事業所の広告を出しPRに努めている。また法人のホームページに通所介護・予防通所介護事業所の情報を提供している。啓発を目的に今年度中に事業所見学会の開催が計画されている。14、地域貢献面では地元学区に認知症講習のサポートリーダーとして講師を派遣、介護予防啓発相談会を包括支援センターと実施している。中学生の職場体験(チャレンジ体験)の場を提供しており、今後は近隣保育園・小学校との連携を図り高齢者を身近に感じ交流できる機会を設けたいと考えている。				

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.ホームページやパンフレットに法人理念・事業所運営方針・サービスの特色等が記されている。提供されているサービスは利用者の自己選択・自己決定で取り組むことが明記され、特に外出リハビリ・選択レクリエーションは事業所としての独自性をアピールしている事業であり、日々のレクリエーション光景を写真で紹介している。他に当該事業については「第三者評価」情報を案内し、事業の選択の参考情報として提供している。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)	16,契約時には重要事項説明書・通所介護契約書に基づき利用料金等も含め相談担当者が説明をしている。利用者の判断能力によっては代行者が署名し契約を結んでいる。現段階での利用はないが、成年後見制度の活用を担当介護支援専門員と連携し取り組む体制がある。			
(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	B
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	B
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	定期的又は必要に応じて、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,アセスメント情報としては、利用者の心身の状況はもとより、社会生活面の情報について、今少し個別ケアに繋がる内容の収集を求めたい。18,通所時のサービス内容に係る要望は特にレクリエーションや、外出などは利用者の要望や選択を尊重したサービスが提供されているが、介護計画の見直し時の利用者・家族の会議参加や、要望把握についても期待したい。19,個別援助計画は居宅介護計画を踏まえ作成されている。計画担当者は作成に当たり居宅の介護支援専門員はじめ、看護師、ケアワーカー、医師に情報照会をしている。20、毎月、居宅の介護支援専門員に利用者の状況を報告するとともに、個別援助計画は利用者の状態変化時以外は、基本3ヶ月毎に計画を見直している。			
(4)関係者との関係				
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,利用に際し主治医や緊急時搬送先の把握。認知症専門医や緊急時対応の医療機関、在宅支援関係事業所、包括支援センター、福祉用具事業者。運営面ではボランティアセンター、老人センター等の協働体制を確保している。行政による実務者会議に参加し、地域の関係機関や専門職種との交流や、協働体制が構築できている。			
(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、スタッフに活用されている。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職員間で共有化している。	B	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	B	B
(評価機関コメント)	22、業務マニュアルは整備され、年度毎に点検見直しを行っている。マニュアルの研修はスタッフ会議で行い、終礼時にも手順の確認が行われている。23、「通所介護計画実行表」を設けることでサービスの実施が出来たかどうかの把握は出来ている。ただサービス支援に対する利用者の変化や満足度等に対する記録が乏しく、書式の検討が望まれる。24、特に終礼時に個々の利用者の現状をチームメンバーで確認し合い、職員連絡ノートや「通所介護計画実行表」に記し情報共有を図っている。25、家族への情報は利用者連絡帳、送迎時の情報交換、事業所広報の「ディライツ勧修」を発行し行っているが、家族との面談の機会は現段階では設けられていない。			
(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、スタッフ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	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ます。	B	A
(評価機関コメント)	26、マニュアルは年1回、見直しされている。感染症の流行に合わせ最新情報を提供し対策を講じている。また当テーマは施設内専門知識研修、並びに施設外必須研修に位置づけ受講を求めている。27、施設内清掃は毎日職員により行われている。浴槽のお湯は循環式で毎日2回塩素濃度検査を行っている。加湿器・空気清浄器が設置され、湿度の適切な管理がされている。			

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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
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
(評価機関コメント)		28、事故や緊急時、災害発生時におけるマニュアルは整備されている。避難訓練は施設中心で行っており、現段階で地域住民との連携は取れていないが、近所のコンビニに支援を要請はしている。備蓄は確保できていない。29、事故報告書及びヒヤリハット報告書も作成され、再発防止のためにスタッフ会議、終礼時に検討を行うと共に、回覧で全職員に周知し再発防止に繋げている。		

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	30	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	31	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	32	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)		30、法人理念の「尊厳の保持・自立支援の実践」を踏まえ、事業所の運営方針に「利用者主体・利用者本位」、「自己選択・自己決定」を挙げ、事業計画に盛り込んでいる。身体拘束ゼロ、日々のレクリエーションの選択性等実践面で把握ができた。31、個人情報保護については法人としてホームページ上にも宣言し、新人研修・施設内の必須研修として職員の意識強化を図っている。32、入所選考は施設長・管理課長・相談責任者を構成メンバーとして、利用基準のもとに利用の可否を決めている。MRSAや胃瘻などの医療的ケアを必要とする場合も医師の許可があれば入所許可をしている。			
(2)意見・要望・苦情への対応					
意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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てている。	B	A	
第三者への相談機会の確保	35	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	A	
(評価機関コメント)		33、ご意見箱はすぐ手の届く作業机の上等に複数設置し、利用者が随時記入し投函出来るようになっている。また、年1回、利用者・家族向けアンケートを実施し意見、要望、苦情等の把握に努めている。得られた7割に達する意見等はまとめ、職員間で共有している。ただしこれらをもとに利用者や家族との意見交換には至っていない。34、意見・苦情の中で多い、例えば食事や外出要望についてはメニューや、行先等において要望を反映している。35、苦情等の窓口は契約書等に記載され、施設内にも掲載し契約時に説明している。法人や事業所以外への相談窓口も重要事項説明書に記載し周知されている。			
(3)質の向上に係る取組					
利用者満足度の向上の取組み	36	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てている。	B	A	
質の向上に対する検討体制	37	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スタッフが積極的に参加している。	B	A	
評価の実施と課題の明確化	38	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)		36、利用者満足度アンケート、ご意見箱、利用者要望記録を設け、加えてこれらを担当する「サービス提供担当者」を特別に配置し、取組体制を構築し質の向上に努めている。37、検討は、職員会議・スタッフ会議・ディ運営向上会議で行い、全職員がいずれかの会議に参加し、改善に取り組む流れが構築されている。38、第三者評価受診は平成20年2月に初回を受け、今回が2回目である。今回は「サービス評価委員会」が設けられ、今後半年に一度自己評価を行い次につなげる仕組みが構築でき、今後の取り組みを期待したい。			