

アドバイス・レポート

平成27年 3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6月30日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「京都市上京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>	<ul style="list-style-type: none"> ●持続的な研修・OJTの実施（通番9）人権等の尊重（通番31） デイルームでは、職員やボランティア等が自然体で利用者ひとり一人に丁寧に関わっておられました。法人レベルで段階別・職種別・テーマ別研修を1年通して実施し、法人が必要と認める研修を全て業務扱いとしています。研修報告書の提出を義務付け、伝達研修を実施する等、職員全てが研修の成果を共有しています。また、職員ひとり一人の研修育成が「今年度の研修育成目標」「個別研修計画実績表」を基にPDCAサイクルで遂行され、全ての職員が必要な知識や技能を身につけることが出来る仕組みとなっています。組織の理念と運営方針、職員の個別教育等を利用者の人権尊重・主体性の尊重・自立支援に活かし、利用者の地域での暮らしの継続に取り組んでいます。個別研修計画書に基づき職員ひとり一人が段階に応じて技能（知識・技術）を習得しています。学ぶ機会が全ての職員に与えられていることが、職員の聞き取りからも覗えました。 ●個別状況に応じた計画策定（通番17・通番18・通番19・通番20・通番21） アセスメントの実施や個別援助計画の作成を居宅のケアプランや社協の「1日の様子とこれからの目標」をベースに、アセスメントには独自のアセスメント様式と「センター方式」「ひもときシート」等を活用しています。個別援助計画は利用者一人ひとりの心身や生活面での状況に基づき利用者のニーズ・家族の希望に応じて策定されていました。終業ミーティングでその日の個々の利用者が抱えている課題を検討し、その都度、援助計画に反映する様にしています。利用者一人ひとりのデイでの様子が「お試し利用時：本日のご様子」や介護日誌に記録されています。 ●検討体制の整備（通番37） 各種の検討委員会が主体的に活動しています。また、利用者に係る情報の共有化が図られていることが各種の委員会会議録や職員からの聞き取り等で確認できました。職員間のチームワークの良さ、上司と職員、職員と家族等の信頼関係の良さが質の向上への取り組みに反映していると思われれます。 ●地域への貢献 創業時から理念に「地域とのつながり」を掲げ、創業23年の歴史ある事業所の経験を活かし、地域の組織や団体と協働しながら事業所の持てる力を地域に発揮されています。福祉避難所に指定された事業所として、今後、事業所が地域の災害支援の拠点となられることを期待しています。
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●個別援助計画の見直し（通番20） 計画の変更は「計画を見直す必要のある状況」を認識した上で行う必要があると考えます。計画の変更に関する規準が定められていません。 ●利用者満足の向上の取り組み（通番37） 定期的に利用者に対する満足度調査を行い、満足度を把握することを契機として、事業所のサービスの質の向上に役立っていますが、調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたかを確認する仕組みがありません。 ●第三者への相談機会の確保（通番36） 利用者や家族等が相談や苦情等を公的機関等の窓口に訴えるための方法を重要事項説明書や事業所内への掲示で案内していますが、事業所内に第三者を受け入れる方法が確保されていません。 ●法令遵守の取り組み（通番5） 事業運営に遵守すべき種々の法令について職員が理解を深めるために、法令のリスト化や職員研修、職員がすぐに調べることが出来る様に法令集を整備する等、職員周知のための体制づくりが望まれます。

具体的なアドバイス

●個別援助計画の見直し（通番20）

計画を変更する規準を定めた上で、定期及び必要に応じてアセスメントの実施と個別援助計画の見直しを行うことを望みます。変更基準の項目の一つに「利用者の要望」を上げた場合、担当職員が定期（毎月）的に利用者や家族から要望を聞き取り、または記入していただく「シート」を作成してはいかがでしょうか。職員間のチームワークや利用者との関係性の良さが活かされる取り組みになると考えます。

●利用者満足の上の取り組み（通番37）

改善すべき事項に関して、どのように取り組むか（P）→どのように取り組んだか（D）→どのように改善されたか（C）→利用者満足はどうか／見直し改善（A）のサイクルが一枚のシートで確認できればと思います。

●第三者への相談機会の確保（通番36）

京都市の介護相談員を受け入れてはいかがでしょうか。

(様式 6)

評価結果対比シート

事業所番号	2690200015
事業所名	京都市上京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)	認知症対応型通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護予防認知症対応型通所介護
訪問調査実施日	平成27年2月26日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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. 組織の理念及び運営方針を文章化し、職員や利用者・家族等に職員会議での読み合わせ、内部研修、広報誌「上京デイサービスセンターだより」等で周知しています。また、事業所内の掲示板に告知し、いつでも誰でも確認出来る様にしています。理念及び運営方針が職員にとって業務遂行上の指針となっていることが職員会議議事録や研修記録等で確認できました。 2. 組織図・職務分掌規定に基づいて、経営責任者は適切なプロセスで事業の意思決定に職員の意見を反映させています。各種の委員会会議や職員会議、ケアワーカー会議、ミーティング等の実施記録で理解できました。			
(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. 中期（3年）・長期（5年）計画「地域との交流・人材育成・経営の安定化」に基づく事業実施の検討を全職員の参画で行い着実に実行しています。各種の実施記録で確認できました。年1回のユーザー評価や第三者評価の結果を基に、上半期の事業計画の実践内容を総括しています。（26年10月27日の職員会議 下半期は3月に予定） 4. 法人の中・長期計画、事業所の年度目標に基づいて、法人の市域や中部ブロックの相談員会議・ケアワーカー会議等で職種別会議を持ち、事業所全体で職種別（業務レベル）の課題の達成に取り組んでいます。会議録で確認できました。			
(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>5. 管理者は事業運営に遵守すべき関係法令等の熟知に努めています。これらの法令のリスト化や職員研修、関係法令集の設置等の職員周知のための体制づくりが望まれます。</p> <p>6. 管理者は事業の運営に関する指導や助言を専任の経営コンサルタントから得ています。管理者自らを評価・見直しする為の方法として、職員アンケートに管理者を評価する項目を設けています。</p> <p>7. 「事故防止・緊急対策マニュアル」に基づいて、終了ミーティング・事故防止委員会・サービス向上委員会等に対応策を検討しています。管理者は運営会議・職員会議・業務日誌等で事業の実施状況を随時把握し、いつでも職員に対して具体的に指示を行う体制を確保しています。議事録及び日誌、職員ヒヤリングで確認できました。</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

		(評価機関コメント)			<p>8. 人事採用は面接も含め本部一括で行われています。採用時基準に資格の有無はなく、採用後に介護福祉士や社会福祉士の資格の取得支援を行っています。常勤：非常勤比率は4：8です。職員の確保に苦慮されています。</p> <p>9. 法人レベルで段階別・職種別・テーマ別研修を1年通して実施しています。法人が必要と認める研修は全て業務扱いで研修費・交通費等を負担し、研修報告書の提出を義務付け、伝達研修を実施しています。また、職員ひとり一人の研修育成が「今年度の研修育成目標」「個別研修計画実績表」を基にPDCAサイクルで遂行されています。全ての職員が必要な知識や技能を身につけることが出来る仕組みとなっています。</p> <p>10. 「実習生受け入れマニュアル」に受け入れの姿勢や手順等を定め、実習指導者を設置し、看護師・社会福祉士等の実習生や市職員・チャレンジ中学生等の介護体験実習等を積極的に受け入れています。</p>
質の高い人材の確保	8				<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。</p>
継続的な研修・OJTの実施	9				<p>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。</p>
実習生の受け入れ	10				<p>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。</p>

労働環境への配慮	11				<p>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。</p>
ストレス管理	12				<p>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。</p>
		(評価機関コメント)			<p>11. 労働関係法令を遵守し、職員の労働環境に配慮しています。勤怠管理は法人本部で行い、適切な人員配置と業務量により残業は少ないとのこと。スライドボードや跳ね上げ車椅子等を活用し、利用者の安全と職員の負担軽減に努めています。「パワハラ・セクハラ委員会」を設置し「ハラスメントの防止に関する要綱」をテーマとした職員研修を行っています。</p> <p>12. 職員のストレス解消や業務上の悩み相談に関しては、産業医「工業保険会」・法人の「ほっと電話」・福利厚生制度「ソウエルクラブ/メンタルケア相談」等で直接専門家に相談できる様にしています。職員は、1階の畳部屋で休憩時間に足を伸ばし心身を休めることが出来ます。</p>

(3) 地域との交流

地域への情報公開	13				<p>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。</p>
地域への貢献	14				<p>事業所が有する機能を地域に還元している。</p>
		(評価機関コメント)			<p>13. 広報誌「上京デイサービスセンターだより」を事業所内に掲示し、地域の関係機関や団体に配布し、事業所の理念や活動内容を地域に公開しています。事業所は毎日(1名～3名)地域ボランティア「ともわ会」からの支援があります。他に、地元の中学生在が事業所内のレクリエーションに参加する等、世代間交流も積極的に行っています。</p> <p>14. 法人の児童館・福祉センター・3つのデイセンターによる上京区共同事業や地域住民主催の上京区ふれあい祭りへの参画、近隣病院の協力による相談講習会・個別介護相談会・認知症サポーター養成講座等の開催、災害ボランティアセンターと共同の大災害に備えた訓練等を行っています。様々な形で事業所が有する機能を地域に還元しています。</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)		15. カラー写真・イラスト入りのパンフレットは事業所の概要や利用料金等が良く解ります。ホームページからも事業所情報を発信しています。利用希望者からの見学や問い合わせには、面談の上対応し「面談記録」に記載しています。			
(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. 事業所のサービス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ます。利用者アンケート結果や関係書類等で確認できました。代理人を立てたケースはありませんでしたが、成年後見制度等の権利擁護に関する資料を利用契約時の面接で手渡す関係書類一式(ファイル化)に準備し、紹介しています。			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		17・18・19. アセスメントの実施や個別援助計画の作成は、居宅のケアプランや社協の「1日の様子とこれからの目標」をベースに行っています。アセスメント実施に独自のアセスメント様式と「センター方式」「ひもときシート」等を活用し、個別援助計画は利用者一人ひとりの心身や生活面での状況に基づき利用者のニーズ・家族の希望に応じて策定しています。終業ミーティングでその日の個々の利用者が抱えている課題を検討し、その都度、援助計画に反映する様にしています。利用者一人ひとりの様子が「お試し利用時：本日のご様子」や介護日誌で理解できました。 20. 個別援助計画の定期見直しを6か月から1年で行っていますが、十分とは言えないとのことでした。事業所での活動が家庭での日常生活にどのように反映されたか、どのように在宅生活での自立支援につながったかを把握する仕組みが望まれます。			
(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. サービス担当者会議を医師・リハビリ職・看護職・介護職、福祉用具専門職、利用者・家族の参加の下で開催しています。利用者ニーズに合ったサービス提供に他職種協働で取り組まれていることが会議録で理解できました。			
(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	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。	A	A	

	(評価機関コメント)	22. 各種の業務マニュアル・手引書等が「社協マニュアル」にファイル化されています。すべ平成26年4月～6月にマニュアルの全面的な見直しを行っています。日々の申し送り事項を業務日誌に記載し職員会議や業務改善委員会で検討しています。会議録で確認しました。 23. 利用者の状況やサービス提供内容等の諸記録は、個人情報保護法と内部規定に基づいて適切に管理されていました。 24. 連絡帳や定期開催のケアカンファレンス記録、業務日誌、ミーティング記録、PC「利用者予定概要」等で利用者の情報を職員間で共有しています。利用者ひとり一人の生活面の様子はPC内で閲覧できます。 25. 家族等とは連絡帳やレクリエーション予定表、広報等で情報を共有しています。連絡帳は写真入りの手書きで、利用者家族からの返信も多く好評とのことでした。			
(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	A
	(評価機関コメント)		26. 感染症マニュアルに基づいて、感染症予防・対策に関する職員研修を看護師を講師として行っています。看護職員を2名配置し、日常的に利用者の医療ニーズに応えています。 27. 空気清浄器・加湿器等の機器を用い、デイルームの整理整頓を職員の手により行っています。衛生管理に「チェックシート」の策定と活用が望まれます。		
(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。	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	A
	(評価機関コメント)		28. 「事故・緊急時マニュアル」を策定し、災害ボランティアセンターとの協働で災害時の対応を図っています。事業所内に掲示している「ハザードマップ（避難経路）」の見直しを予定しています。12月17日に消防署の指導の下で消防避難訓練を行っています。 29. 「事故・緊急時マニュアル」に基づいて、事故防止委員会の主導で事故防止・再発予防に取り組んでいます。事故が発生した際は日内に報告書を作成し検討会議を開いています。発生から最終的な対応策までが会議録に記録されていました。 30. 「災害対応マニュアル」「福祉避難所マニュアル」を基に、災害ボランティアセンターとの協働訓練や「福祉避難所」としての研修会を3月に予定されています。自然災害発生時に備えて、オムツやマスク等の衛生用品を備蓄しています。		

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
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. 運営理念・運営方針等に利用者の人権や意思の尊重に関する事項を明記しています。倫理・プライバシー保護・虐待防止等の人権をテーマにした職員研修を実施し、サービス向上委員会等が中心となって人権擁護に努めています。食後喫茶、選べるレク、お食事づくり等で利用者の自己決定を尊重しています。利用者それぞれが自分の特性・好み・役割に応じたプログラムに参加しています。事業所では「疲れたら休む」過ごし方も保障しています。 32. 職員が利用者の人権やプライバシー保護について常に問題意識を持つ様、「不適切ケアチェック表」を使って、入浴・会話・排泄等のケア場面での利用者への権利侵害の有無をチェックし、ケアワーカー会議で話し合っています。 33. 「利用お断り基準」を基に、利用に応えられない場合は「ささえ愛の会」と連携し、他の2か所のデイに紹介する等で対応しています。			

(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	A
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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)		<p>34. 「ユーザーアンケート」を実施するとともに、法人グループの老人福祉センター・保育所とで定期的に「介護相談会」を開催しています。また、毎月25日「天神さん」の日に実施する「利用者懇談会/食事会」は、利用者等が職員に希望や要望、日頃の気がかりなことを伝える機会となっています。</p> <p>35. 「ユーザーアンケート」で収集した利用者の意向に対し、その改善策を本人と利用者全員にフィードバックし、ダイルームに掲示しています。さらに、匿名性を確保した上で、ホームページや広報誌等を活用して第三者にも公開されると良いでしょう。</p> <p>36. 利用者が自由に外部の機関に相談できる様、相談窓口に第三者を設置し、公的機関や法人等の相談窓口を重要事項説明書と事業所内の掲示物で周知しています。尚、京都市の介護相談員の受け入れ等、事業所内で利用者が直接外部の人に相談できる仕組みがありませんでした。</p>		

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	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。	A	B
(評価機関コメント)		<p>37. 利用者・家族等の声をとらえる仕組みとして「ユーザーアンケート」を実施し、その結果をサービス向上委員会及び職員会議で検討しています。PDCAサイクルを通して、持続的に事業を改善し発展させ、質を維持・向上させるには、調査結果に基づく改善の取り組みを調査前との比較で確認する仕組みが必要と思います。</p> <p>38. サービス向上委員会が定期に会合持ち、サービスの質の向上について検討し、内容を職員や各部署、「ささえ愛の会」や研修等で伝えています。</p> <p>39. 客観的なサービス水準の把握の為に、第三者評価を3年に1回（平成21年度・24年度・27年度）受診し、課題の明確化を図っています。過去の受診後に改善された事としてトイレの扉（2重）の設置等がありました。尚、年に1回以上の自己評価への取り組みが望まれます。</p>		