

様式 7

アドバイス・レポート

平成 24 年 3 月 16 日

平成 23 年 6 月 29 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「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

特に良かった点とその理由(※)	(1) 利用者保護と人権 法人母体である京都市社会福祉協議会の「利用者の立場にたち公平中立を念頭においた業務を遂行します」を理念に、法人の中・長期事業計画に基づいた、事業所独自の運営方針「利用される方、家族の方の有意義な1日のためのお手伝い」を具現化した介護サービスの実践に努められています。又、手厚い職員配置により認知症の人にとって馴染みやすい個別ケアが提供されています。月1回の「外出行事」と「選べるレクリエーションや喫茶メニュー」、希望した場所を訪ねる「バースデイレクリエーション」など、利用者の尊厳の保持に配慮し、自己決定、主体性を尊重したサービスが行われています。 (2) 地域との連携 3月に1回発行される機関紙や「上京デイサービスセンターだより」等を地域に配布しています。「ささえ愛の会」での上京区内の他事業所との相互交流、地元夏祭りへの参加などを通して地域への情報公開、連携に努めています。 (3) 研修と労働環境 独自の内部研修プログラムに基づいて、職員個々の業種別・年数別の細やかな研修体制を設けています。管理者は必要時職員との意見交換により悩み等を拾い上げ、チームケアが実践できる働きやすい職場環境作りに努めています。又、実習に関して、介護職員の実習や中学生の「職場体験」、ボランティア体験などを積極的に受け入れています。実習生等を受け入れることで職員の気づきを高め、ケアの質の向上に繋がっていると考えます。
------------------------	--

特に改善が 望まれる点と その理由(※)	(1) 満足度調査の公開 年1回の「ユーザーアンケート」の結果を評価し、サービスの質の向上につなげていますが、要望・苦情等への改善策も含め、匿名性を確保した上で、評価結果、対応策等を広く地域に公開されることを期待します。 (2) 職員との連携 ヒヤリングシートを活用して年1回職員への個別ヒヤリングを実施されていますが、その結果と対応策を全職員で検討されることをお奨めします。現場からの意見を吸い上げ反映させることが、サービスの質の向上により繋がっていくと思われれます。
具体的なアドバイス	法人理念に沿った事業所独自の運営方針「有意義な1日のお手伝い」に基づいたサービスが提供されていました。地域に根差した認知症対応型デイサービスとして、手厚い人員配置と家庭的な雰囲気大切に充実した個別ケアが提供されています。 今後も更なるサービスの質の向上に取り組まれ、地域に信頼される認知症対応型デイサービスとして、ますます発展していられるよう期待します。 以下、今回の評価で気が付いた事を記載します。 利用者情報の共有について 利用者情報はパソコン内で一元管理されていましたが、全職員が確実に情報を共有できる紙ベースでの個人ファイルを整備されてはいかがでしょうか。第三者でも閲覧すると一目でマネジメント過程が時系列で把握できるようファイルの整理をお奨めします。 食事について 調理員等の確保など運営上難しい点もありますが、認知症の人への手厚い個別ケアが実践できており、さらに食事面でも個別対応ができるよう自施設での食事作りはどうでしょうか。主菜は無理でも副菜などを1品追加できれば利用者も喜ばれると考えます。買い物も含めて週1～2回、施設内で調理されることを期待します。

※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	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24年1月18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
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
	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
	(評価機関コメント)		1) 運営母体「京都市社会福祉協議会（以下法人）」の統一理念「誰もが地域社会の一員として人としての尊厳が守られる日常生活支援や相談体制の確立をめざします」を掲げ、運営理念はパンフレットや「上京デイサービスセンターだより」に明記されています。法人理念や運営方針が全職員に浸透するような取り組みは確認できませんでした。利用者やその家族には、「センターだより」や機関紙により理念及び運営方針を知らせています。 2) 法人全体の施設長会議やブロック別の管理者会議等での決定事項は、職員会議を通して全職員に周知徹底されています。組織図や業務分掌で職員の責任は明確にされています。また、「人事一件」により職員の意見が反映されていることが確認できました。		
(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
	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
	(評価機関コメント)		3) 法人の中・長期計画をもとに事業所独自の事業計画を定め、着実に取り組んでいます。管理者は事業所としての「方向性」「課題」を明確化し、職員の意向を反映しながら目標の達成に取り組んでいます。 4) 1日の業務分掌を「職員タイムスケジュール」として明確にしています。「申し送りポイント一覧」「個別レクリエーション取り組み表」等を使い、各部門の職員が課題の達成に取り組んでいることが確認できました。職員からの意見もヒヤリング表にまとめサービス向上委員会で検討し、見直しを図っています。		
(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り組みを行っている。		A
	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
	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

		(評価機関コメント)	5) 管理者は施設長会議や地域密着型管理者研修、ワムネット等を通じ、事業運営に必要な関係法令の情報収集に努めています。また、年1回職員へ伝達研修を行い、遵守すべき法令等を周知しています。 6) 管理者が主体となり年1回職員への個別ヒヤリングを行い、職員の意見を拾い上げています。職員の意見を運営に反映させる具体的対応策は記録から確認できませんでした。 7) 事故防止マニュアルに基づいた連絡網を整備し、緊急時に適切な対応が取れる体制を整えています。事故報告書等により、緊急時に職員への指示が確実に行われていることが確認できました。
--	--	------------	--

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果
					自己評価
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
		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
		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
		(評価機関コメント)	8) 職員数が常勤換算で8人前後、有資格者比率は45%、外部研修の公務扱い等、事業所として人事管理マニュアルに基づいた手厚い人員配置や人材育成の基本方針が整っています。 職員の定着率が高いということからも、働きやすい職場環境への取り組みが確認できました。 9) 独自の内部研修プログラムを基に、職員ごとの介護経験、勤務年数を考慮した研修計画が定められています。「ふりかえりシート」を活用した新任研修、在籍3年目の中堅職員研修、接遇マナーについてのブロック研修等、職員個々の段階的・計画的なプログラムを策定しています。 10) 介護職員の実習、中学生の「チャレンジ体験」やボランティアなど、多数を受け入れています。受入れマニュアルは整備されていますが、現相談員に対する実習指導者研修への派遣はまだ行われていませんでした。		
(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。	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。	A
		(評価機関コメント)	11) 労働関係法令に基づく就業規定に則り、育児・介護休暇等の保障や、職員用休憩室の設置・介助補助機器の整備など事業所として労働環境の向上に努められています。 12) 法人全体として産業医と契約しているが、事業所として管理者が個々の職員の相談にこまめにのっています。ソウェルクラブや共済会の利用率も高く、働きやすい職場環境の整備に取り組んでいます。		
(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。	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。	A
		(評価機関コメント)	13) 「ささえ愛の会」パンフレットや「上京デイサービスセンターだより」等により、事業所の概要や運営理念を地域に開示しています。福祉センター、児童館供用の施設環境を活かし、「わわわまつり」や「七夕の集い」での地域交流、「翔鸞ふれあいまつり」での「認知症介護相談コーナー」の開設など、地域の人々との交流を深め、良好な関係作りに努めています。 14) 市社協の事業である「入浴サービス」のため浴室を提供したり、認知症サポーター養成講座への講師の派遣、地域のお祭りに介護相談コーナーを設けるなど、様々な機会を通して事業所の機能を地域に還元しています。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果
					自己評価
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
	(評価機関コメント)	15) ホームページや法人パンフレット、事業所独自の「上京デイサービスセンターだより」を通じて、事業所の情報を分かりやすく説明しています。問い合わせや見学の受け付け内容を記録した「見学ノート」や「面接記録」も整え、サービス内容等の必要な情報を適切に提供しています。			
(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
	(評価機関コメント)	16) 契約締結には、サービス内容や料金などを分かりやすく記載した重要事項説明書により丁寧な説明と同意に努めています。認知症を患った利用者の受け入れに際し、権利擁護のため成年後見制度等を活用したシステムがあることをケース記録から確認できました。			
(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。		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
	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
	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
	(評価機関コメント)	17) 法人独自のアセスメント様式により、利用者のニーズや状況が記載され、更新時にあわせ定期的に見直されています。 18) 利用者や家族の希望に沿って個別援助計画が策定されています。また、サービス担当者会議には本人や家族が参加し、同意を得ています。 19) サービス担当者会議で聴取した他職種（主治医・介護支援専門員・理学療法士など）の情報や意見を踏まえ、個別援助計画が策定されています。 20) 個別援助計画は「送りポイント一覧」等で計画通りサービスが行われているか確認し、利用者の状態変化に合わせてその都度計画の変更を行っています。個別ファイル上で援助計画の見直し過程が把握し難い記録が見受けられました。			

(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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	
(評価機関コメント)		21) 利用者の主治医や協力医療機関、他事業所や行政、地域包括支援センター等、関連機関との連携を図っています。医療・緊急時連絡先等の情報は個人ファイルに保管され、随時対応できる体制が整っています。		
(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、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	
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。	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	
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。	A	
(評価機関コメント)		22) 業務マニュアルは作成されており、年1回、職員会議の中で見直しを行っています。日々のサービスは各種マニュアルに沿って行なわれ、事業所独自の「申し送りポイント一覧」、「個別レクリエーション取り組み表」等に基づいた利用者一人ひとりに合わせた個別ケアが取り入れられています。 23) 各利用者のケース記録等は、保管庫（ロッカー）の施錠、パソコンのパスワード管理、個人情報保護に関する研修への職員参加等により、個人情報の管理に努めています。記録の持ち出し、廃棄に関する規定は策定されておらず、文書化されることをお奨めします。 24) 朝夕の申し送り、業務日誌、職員タイムスケジュール等の活用により、職員間で情報を共有しています。 25) 連絡帳の活用、送迎時の家族との会話により情報交換を行っています。また、連絡帳に利用者のデイ利用中の写真を載せることで、文章以外の情報を伝えるなど細かな配慮がされています。		
(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、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。	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	
(評価機関コメント)		26) 27) 感染症予防マニュアルに沿って、日常の予防対策（塩素消毒、職員・利用者のうがい、手洗い、空気清浄機・加湿器の設置など）の周知徹底を図っています。職員は研修会で習得した感染症対策の知識を現場にフィードバックするなど、感染の予防に努めています。		
(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。	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	
(評価機関コメント)		28) 29) 「事故防止マニュアル」「事故防止委員会ファイル」「防火・防災一件」等のマニュアル整備をはじめ、地域住民が参加する防災訓練など、事業所全体で事故の予防・再発防止、災害対応等に取り組んでいます。また、事故予防のためにも現在未使用のエレベーター内の整理と利用者が誤って使用しないよう、再検討されることをお奨めします。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果
					自己評価
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	
	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	
	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	
	(評価機関コメント)	30) 法人の理念に掲げられた【一人ひとりの価値観を大切に、安心感・信頼感・満足感を得ていただけるサービス提供に努め・・・】に沿って利用者の尊厳を保ち、自己決定を尊重したサービスが実践されています。利用者自らが選ぶ喫茶メニューや選べるレク(音楽・ゲーム・手作業など)、バースダイレク(「御所」「市場」など本人が行きたい場所を選ぶ)等の多彩なサービスを提供しています。 31) 「サービス向上委員会」で検討し、浴室までバスタオルを着ける等のプライバシー保護や羞恥心に配慮したサービスが取り入れられていました。 32) サービス利用者等の決定に関して、本人・家族に丁寧に利用の見通しを説明しています。今までに定員枠内で利用を断った事はないとのことで、事業所が認知症対応型デイとして地域に根差す意義を管理者、職員は認識しています。			
	(2)意見・要望・苦情への対応				
	意見・要望・苦情の受付	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。	A	
	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っている。	A	
	第三者への相談機会の確保	35	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	
	(評価機関コメント)	33) 34) 利用者の満足度把握のため「ユーザーアンケート」を年1回実施し、利用者の意見や要望・苦情などの集約に取り組んでいます。全職員参加のサービス向上委員会で調査結果の分析・検討を行い、サービスの改善に結びつけています。今後は事業所独自の満足度調査を実施する予定です。苦情への受付は、マニュアルに基づいて適切に対応されていました。アンケートの調査結果を家族や地域へ公開するまでには至っていません。 35) 重要事項説明書に相談・苦情窓口として施設の窓口、公的機関の窓口、第三者委員会で受け付けることを明記しています。寄せられた苦情等については、サービス向上委員会の検討を経て、改善につなげられています。介護相談員等の受け入れ実績は確認できませんでした。			
	(3)質の向上に係る取組				
	利用者満足度の向上の取組み	36	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	
	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。	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。	A	
	(評価機関コメント)	36) ユーザーアンケートを年1回実施し、利用者の満足度を調査しています。調査結果は「サービス向上委員会」で集計・分析して、職員会議等の機会を使って周知し、サービスの改善につなげています。 37) 上京区独自のデイ・小規模多機能事業所間の連携事業として「ささえ愛の会」を作り、職員の相互見学や合同勉強会などを行い、事業所のみならず、地域事業所全体でサービスの質の向上に取り組んでいる。 38) ユーザーアンケートや定期的な第三者評価の受診、それに伴う自己評価等の内容を分析・検討し、翌年の事業計画に反映しています。今後も利用者・家族・職員・第三者等の意見や提案を事業所運営に積極的に活かされることをお奨めします。			