

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 28 年 1 月 28 日

平成 27 年 10 月 31 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた  
 長老苑デイサービスセンター通所介護事業所 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 2) 組織体制 各委員会 (10の委員会) が開催され職員の意見が反映される仕組みがあり、年 4 回開催される理事会で意思決定されています。</p> <p>(通番 25) 利用者の家族等との情報交換 サービス担当者会議、連絡帳、送迎時、電話等で積極的に情報交換を行い、詳しく情報を伝えたい時は入力した内容を切り取り連絡帳に添付する等工夫されています。</p> <p>(通番 31) 人権等の尊重 利用者の人権に配慮したサービスを提供するために、勉強会や研修会が行われており、また利用者の人権が尊重されているか、管理者により事業所内の巡視が行われています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番 10) 実習生の受け入れ 中学生の体験学習の受け入れをされていますが、受け入れに対する基本姿勢の明文化されたものが確認できませんでした。</p> <p>(通番 22) 業務マニュアルの作成 業務マニュアルは作成されていますが、マニュアル通りサービスが適切に行われたか確認する仕組みがなく、マニュアルを見直した日付がありませんでした。</p> <p>(通番 35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 利用者からの意見・要望・苦情についての対応は迅速に行われていますが、改善状況について公開されていませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 現在、地域の中学生の体験学習を積極的に受け入れられ、マニュアル等整備されていますので、組織としての基本方針を明文化したものを作成され、受け入れ態勢を整えられてはいるかがでしょうか。また実習指導者を中心に事業所内で研修会等を開催されることにより、学生指導が充実するのではないのでしょうか。</li><li>・ サービス提供に係るマニュアルはすべて作成され、苦情や事故防止を踏まえ見直しをされていますが、提供しているサービスがマニュアルに基づいて適切に実施されているか確認できる仕組みを構築されることをお勧めします。</li><li>・ 利用者の意向（意見・要望・苦情）は迅速に対応し、デイ会議等で検討されていますので、その改善状況を個人情報保護に配慮し、広報誌や掲示板等で公開されることにより、透明性が確保されるのではないのでしょうか。</li></ul>
-----------	---

※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	2671500060
事業所名	長老苑デイサービスセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護事業
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	なし
訪問調査実施日	平成27年11月27日
評価機関名	一般社団法人京都私立病院協会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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)		法人の理念・運営方針は事業所内、広報誌、ホームページに掲載されています。また朝のミーティングで職員（常勤・非常勤含む）で唱和周知に努めておられます。理念掲示が文字が小さく、大きくされると判りやすく読みやすいと思われます。食事委員会、入浴委員会、畑委員会等10種類の委員会→デイ会議（毎週）→部室長会議（毎月）→管理職会議（毎月・随時）の流れで公平な手順で意思決定されていることが伺えます。			
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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)		計画策定も各委員会でも多角的視点で把握し、デイ会議で事業計画を策定され、上層会議に諮っておられます。各課題の達成状況をデイ会議で発表し、見直し・改善をされています。			
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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	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	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)		各法令集は事務所に設置され、インターネット環境も整えられて職員が法令等をいつでも確認出来る状態で周知されています。キャリアパスが作成されていて、各階層の職員が行う業務が規定され管理職は理事会へも参加されています。			

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		キャリアパスを作成し、資格取得の費用負担制度もあり、職員の資格取得・研修を積極的に支援されています。中学生の体験学習の受入れ実績はありますが、受入れ方針等が確認できませんでした。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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、スタッフが充分に休むことができ、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)		産業医の設置、健保協会の無料カウンセリングの掲示、メンタルヘルスアンケートの実施など、職員の労働環境を積極的に整備されていました。休憩室は仮眠等希望すれば畳の別室があります。就業規則にセクハラは記載されていましたが、他のハラスメントについては文言が無く、入れておく方が良いと思われます。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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	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	A
		(評価機関コメント)		広報誌は近隣地区全戸に配布（年4回）し、ホームページも配布に合わせ更新されています。在宅支援センター主催の介護者交流会に協力し、地域ケア会議・サービス事業所会議等に参加されています。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
		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)		パンフレットや広報誌（年4回発刊）、ホームページ（3ヶ月毎更新）で情報提供されています。		
<b>(2) 利用契約</b>						
		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)		重要事項説明書及び初回面接時に解りやすく説明されています。認知症等により判断能力に支障が生じた場合や権利擁護の対象となられた時は、ケアマネジャーを通して相談、手続をされています。		

(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	B
(評価機関コメント)		計画策定事前面接記録用紙を用いて、心身の状況等を踏まえてのアセスメントを行い、本人、家族の希望を尊重して個別援助計画を策定し、見直しは6ヶ月毎または必要に応じて行われていますので、計画を変更する基準を明確に定められては如何でしょうか。		
(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)		地域ケア会議やサービス事業所会議に毎月出席し情報交換をされています。また近くに診療所があり利用者の主治医と密に連携を取られています。		
(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	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	B
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)		業務マニュアルはすべて整備され見直しも行われていますが、サービスがマニュアル通り行われたかを確認する仕組みを構築される事と、マニュアルを見直した日付を記載されては如何でしょうか。また職員間の情報共有は申し送りノート等を用いて共有されていますが、確認のチェックがないため、確実性に乏しいので今後は各自サイン等をされることをお勧めします。		
(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。	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)		予防も含めたマニュアルが整備され新しい情報は保健所より入手し、感染症のある利用者の受け入れも行われています。事業所内の清掃は職員が定期的に行い、物品等の整理整頓及び衛生管理が適切に行われ、臭気対策も心がけられています。		
(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)		事故や緊急時における対応マニュアルを作成し研修、訓練が行われています。また発生した事故に対し報告書を作成し、家族や関係者に説明、会議で分析・検討を行い、マニュアルの見直しに活用されています。災害時に於ける福祉避難所の設置に関する協定書を作成し、地域の防災訓練等にも積極的に参加されるなど、地域との連携を密に取られています。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
	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)		限られた空間の中で利用者のプライバシーについて配慮され、職員全体で意識して取り組まれている姿勢が伺えます。また高齢者虐待においても、役員が事業所内の巡回視察を行い、組織としても高齢者虐待の予防についてしっかり考え取り組まれています。今まで定員オーバー以外で断られた事例はなく、末期がんの利用者等も受け入れられ、組織として受け入れについてしっかり検討され、公平・公正な受け入れが行われています。			
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
	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)		利用者からの意見・要望・苦情等について、ご意見箱を設置するとともに、利用者アンケートなどを実施され、真摯に受け止め対応されています。しかし、利用者への開示は実施されていない状況です。その点を改善し開示する仕組みを作ることで、利用者にはわかりやすくなり、満足度が向上するのではないのでしょうか。また第三者への相談機会の確保においては、重要事項説明書や事業所内でも掲示され周知されています。しかし外部人材の受け入れについては、仕組みは作っておられますが、実施されていない状況でした。外部機関の受け入れを行うことで、さらに利用者の意見を拾い上げることができ、利用者サービスの向上に反映できるのではないのでしょうか。			
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		利用者の満足度を把握するために、利用者満足度アンケートを実施され、集計・分析もしっかりされデイ会議にて内容を検討し対応されています。またサービスの質の向上を図るために、平成24年から自己点検シートを活用され、内部監査を実施し取り組まれています。しかし、その評価から出た課題等を次年度の事業計画等に結び付けていくという点では、明確化されておらず関連性が見えない状況でした。その点を関連づけることで、さらに組織として向上していくのではないのでしょうか。			