

アドバイス・レポート

平成28年3月24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28年2月5日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 京都市陶化老人デイサービスセンター様につきましては、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>地域への貢献 ・平成7年より毎月開催されている陶化ボランティアクラブ主催の食事会は、事業所のフロアや調理場を使用して地域の高齢者が約40人参加して交流されていました。その中で事業所の職員も運営に協力し、イベントの講習会（転倒予防、認知症関係）の講師や介護相談を担当されていました。さらに法人（京都市社会福祉協議会）では地域の小中学校や保育園で認知症サポーター養成研修を開催（年間約20講座）し、事業所から講師派遣の協力をされ積極的な地域貢献に取り組まれていました。</p> <p>利用者満足度の向上の取り組み ・利用者アンケートを年1回実施し、結果を集計・分析することで利用者のサービス向上へ繋げておられました。内容としては食事メニュー・おやつの見直しや外出先の変更など取り組まれた結果、利用者の意見が取り入れられて喜ばれていました。</p> <p>その他 ・感染症のある利用者の情報は、職員間で共有し、入浴を最後にしたり手袋の着用を統一するなど、受け入れ体制を整え対応がされていました。また、医療ニーズの高い（人工透析、ストーマ装着、在宅酸素、痰吸引やインシュリン注射など）利用者の受け入れも積極的に行い、地域の在宅サービスの継続に貢献されていました。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>地域への情報公開 ・事業所の機関紙「陶化の風」と簡易版「陶化の風たより」（毎月）を発行し、家族や介護支援専門員に配布されていましたが、地域への配布はなく、ホームページも簡単な記載で情報公開の取り組みとしては不十分でした。</p> <p>アセスメントの実施 ・初回のアセスメントはされていましたが、その後、変更時や更新時の記載が不十分でした。また、利用者や家族の要望や意向がアセスメント用紙に書かれていないケースもありました。</p> <p>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したが、見直しの基準が定められておらず、実施状況を確認する仕組みもありませんでした。</p> <p>評価の実施と課題の明確化 ・第三者評価は3年に1回受診されていましたが、自己評価の実施がなく課題が明確にされていませんでした。</p> |

| | |
|------------------|--|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>地域への情報公開</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人のホームページに当事業所のページがありますが、内容は住所と地図だけの掲載でした。法人のデイサービスセンターが17カ所ありますが、それぞれの事業所の定員やサービスの特色が明確にわかるように内容を充実されてはいかがでしょうか。さらに、ホームページから機関紙も閲覧できるようにすることで一層理解が深まるのではないのでしょうか。また、地域に配布されている法人の機関紙に、当事業所の情報も掲載されてはいかがでしょうか。 <p>アセスメントの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回のアセスメントだけでなく、定期的実施することで利用者の変化や要望に応じた個別援助計画を作成することができます。そのために、アセスメントや計画を変更する時期や期間などを明確にし、計画作成の手順をマニュアル化することで確実なアセスメントの実施につながるのではないのでしょうか。 <p>業務マニュアルの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルの見直し基準を定め、年1回見直すことで常に最新のマニュアルとなります。定例で行われている職員会議を利用し、マニュアルに基づいて業務が行われているかを少しずつでも確認することで同時に見直しが可能となり業務や手順の統一が図れ、利用者サービスの改善につながるのではないのでしょうか。 <p>評価の実施と課題の明確化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3年に1回、第三者評価は受診されていますので、この共通評価項目チェックシートを参考にし、自己評価表を作成されてはいかがでしょうか。その自己評価を実施し、結果を集計・分析することにより、より事業所の課題が明確になり次年度の事業計画につなげることができるのではないのでしょうか。 |
|------------------|--|

※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)

※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 | 2670500103 |
| 事業所名 | 京都市陶化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28年2月25日 |
| 評価機関名 | 一般社団法人 京都府介護福祉士会 |

| 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 | B |
| | (評価機関コメント) | | | 1. 事業所創立21年目を迎え、全職員で新しく作り直された理念が玄関や事務所に掲示して周知されていました。4月に職員に理念の説明をして周知と理解に取り組まれていました。また、機関紙「陶化の風」（年2回発行）に理念を掲載され家族への周知を図られていました。 2. 法人では施設長会議（毎月）、相談員会議・正職ケアワーカー会議・看護師会議（2ヶ月に1回）や事業所で職員会議（毎月）を開催し、職員の意向を反映した会議が開催されていましたが、各職務の内容や権限を明確にした規定がありませんでした。 | | |
| (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。 | 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。 | C | B |
| | (評価機関コメント) | | | 3. 法人の事業計画は施設長会議で検討し、法人や各事業所の取り組み課題（質の高いサービス提供や公益活動の推進など）を明示されていましたが、中・長期の計画が示されていませんでした。 4. 事業所の事業計画は、法人の事業計画に沿って職員会議で検討され、人材育成やサービスの質の確保、リスクマネジメントの課題を設定し取り組まれていましたが、年度途中の課題達成状況の確認がされていませんでした。 | | |

(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 | B |
| 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。 | B | A |
| (評価機関コメント) | | <p>5. 施設長は毎年法人の法令遵守研修に参加し、職員会議で伝達されていましたが、把握すべき法令のリスト化されたものがなく、法令をすぐに調べる体制がありませんでした。</p> <p>6. 職員会議に施設長は参加し意見を述べていました。年1回(12~1月)職員と面談を実施し意見や要望等を聞いていました。また、コンサルタント業者により年1回職員アンケートを実施し、職場での人間関係での困りごとや意見、要望を集約し、さらに上司の評価も含まれたものになっていましたが、施設長の役割や責任を明確にした文書がありませんでした。</p> <p>7. 施設長は事業所を離れる時は携帯電話を所持し常に連絡が取れ、また業務日誌で随時状況を把握されていました。緊急時の連絡網も整備されていました。</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

| | | | | |
|---------------|----|---|---|---|
| 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 | 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 | A |
| (評価機関コメント) | | <p>8. 法人の信条や行動指針が策定され、人材育成の方向が示されていました。法人介護保険事業部(法人17の通所介護事業所を統括)で採用や配置などの人事を担当されていました。採用後の資格取得支援として介護福祉士受験対策講座の受講費用を法人が負担されていました。</p> <p>9. 職員の希望を取り入れた年間研修計画が策定され、法人単位で正職員の研修(初任者・中堅職員・管理者)を実施し、毎月テーマを決めた研修(感染症対策、高齢者虐待等)も実施されていました。また、法人の南部ブロック事業所で職種別(生活相談員、介護支援専門員、看護師)の研修や伝達研修も実施されていました。また夕方のミーティングで気づきの検討もされていました。</p> <p>10. 実習受け入れのマニュアルを整備し基本姿勢も明示されていました。教職員資格の実習の受け入れもあり、実習指導者は社会福祉士実習指導者養成研修を受講されていました。</p> | | |

(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 | A |
| (評価機関コメント) | | <p>11. 有給休暇の取得率は施設長が把握し、また年1回の職員面談や職員アンケートにて就業状況や意向を把握し、介護保険事業部で検討していました。育児・介護休業の規程も整備されていました。また、リフト浴やリフト車を導入し職員の負担軽減に努めていました。</p> <p>12. メンタルヘルスの相談は産業医が担当し、職員アンケートで職場の要望や不満を把握し対応されていました。職員厚生会を組織し年1回研修交流会(ホテルでの研修と食事会)を実施していました。職員が適宜休憩できる場所が確保されていました。さらに、ハラスメントの規程もありました。</p> | | |

| (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。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | <p>13. 事業所の機関紙「陶化の風」と簡易版「陶化の風たより」（毎月）を発行し、家族や居宅介護支援事業所に配布されていましたが、地域への配布はなく、ホームページには事業所の住所と地図の掲載となっており、情報公開の取り組みは不十分でした。</p> <p>14. 平成7年より毎月開催されている陶化ボランティアクラブ主催の食事は、事業所のフロアや調理場を使用して地域の高齢者が約40人参加して交流されていました。その中で事業所の職員も運営に協力し、イベントの講習会（転倒予防、認知症関係）の講師や介護相談を担当されていました。さらに法人（京都市社会福祉協議会）では地域の小中学校や保育園で認知症サポーター養成研修を開催（年間約20講座）し、事業所から講師派遣の協力をされていました。</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 |
| 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. 設備やサービス内容が記載されたパンフレットにて事業所の情報を提供されました。急な見学や利用相談にも対応し、お試し利用も実施されていました。 | | | |
| (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. 重要事項説明書を用いてサービス内容や料金について説明し、同意を得ておられました。また、成年後見制度の利用者は現在ありませんでしたが、必要に応じて併設の地域包括支援センターと連携がとれる仕組みがありました。 | | | |
| (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。 | 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 | 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) | | <p>17. 初回アセスメントは実施されていましたが、継続的なアセスメントができていないものがありました。</p> <p>18. 個別援助計画策定時に本人、家族から希望を直接聞き取りその人らしい生活を重視した計画の策定に取り組み、計画の決定に同意を得ておられました。また、サービス担当者会議にも出席し、本人・家族の意向を確認しておられました。</p> <p>19. 主治医や介護支援専門員にファックスや直接電話で意見を照会し、計画が作成されていました。</p> <p>20. 必要に応じて計画の見直しがされていましたが、見直しの基準が明確に定められていませんでした。</p> | | | |
| (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. 退院時の担当者会議に参加し、主治医や併設の地域包括支援センターと連携が取れており、地域事業ネットワーク（地域の事業所間の連絡網）へも参画されていました。 | | | |

(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。 | 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。 | B | 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。 | B | 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) | | 22. 業務マニュアルは作成されていましたが、見直しの基準が定められておらず、実施状況を確認する仕組みもありませんでした。 23. 個人情報保護については会議等で伝達研修がされていましたが、記録の保存・持ち出し・廃棄に関する規程などが確認できませんでした。 24. 朝夕にミーティングを行い利用者の情報を共有されていましたが、書面での伝達では職員のサイン等が不十分で、職員全員が閲覧できているかが確認できませんでした。 25. 連絡帳及び送迎時に家族と情報交換を行っておられました。年1回介護者教室を開催し、交流を図っておられました。 | | |

(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 | 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 | A |
| (評価機関コメント) | | 26. 感染症のマニュアルに基づき、入浴を最後にしたり、マスク・手袋の着用などの統一した対応をされていましたが、更新の実施が記録等で確認できませんでした。 27. 事業所内の清掃は職員が行い、定期的な換気を行うことで臭気もありませんでした。 | | |

(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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | 28. 緊急時のマニュアルと連絡網を整備し、リスクマネジメント研修（事故の初動対応や苦情対応のポイント）が行われていました。 29. 事故とひやりハットの基準を定め、事故報告書・ひやりハット報告書を作成し、職員会議で事故対策の評価を行っておられました。 30. 災害時マニュアルを作成し、年2回火災の避難訓練を実施されていました。福祉避難所の指定を受けておりましたが、地域と連携した災害時の訓練が実施されていませんでした。 | | |

| 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 |
| 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。 | B | 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) | | <p>31. 今年度に策定の運営理念は、個人の尊重がうたわれており、事業所のパンフレットにも掲載されていました。年2回法令遵守・高齢者虐待防止などの研修を開催し、多くの職員が受講できるようになっていました。</p> <p>32. 年2回プライバシー保護の研修が開催されていました。職員同士がミーティングにおいて気づきを話し合い、管理者が指導する仕組みがありました。</p> <p>33. 基本的には、申込者の利用は断らない方針でした。実際に医療的な処置が必要な方（例えば、人工透析・ストマ装着・在宅酸素など）の対応に注意して利用に繋げておられました。</p> | | |
| (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。 | B | B |
| | | 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. 利用者からの要望を受入れる意見箱はありましたが、記入用紙等は用意されていませんでした。利用者の意向や満足度を把握するための、利用者アンケートは年1回実施されていましたが、利用者への個別面接は実施されていませんでした。</p> <p>35. 苦情マニュアルを整備し対応されていましたが、対応内容の公開はされていませんでした。意見箱の意見も施設内の掲示のみでした。</p> <p>36. 第三者委員は事業所の玄関に掲載されていましたが、介護相談員等の外部の人材の受入による相談の機会がありませんでした。</p> | | |
| (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 | 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。 | B | 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) | | <p>37. 年1回利用者アンケートを実施し、意見を集計・分析していました。その結果、食事メニュー・外出先の変更などを改善し、利用者サービスの質の向上へと繋がっていました。</p> <p>38. 月1回の職員会議において、サービスの質の向上について検討されていました。また、法人内の17事業所において、各職種（看護師・介護職・リハビリ職など）が会議を開催し、他事業所の情報を収集してサービス向上に取り組まれました。</p> <p>39. 第三者評価は3年に1回受診されていましたが、自己評価の実施がなく課題が明確にされていませんでした。</p> | | |