

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 26 年 5 月 26 日

平成 26 年 1 月 17 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた社会福祉法人京都基督教福祉会デイサービスセンターシオンの里につきましては、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>○組織体制 施設長はもとより、全職員が参加してデイサービス会議を行っています。また、施設全体で行っている各委員会等と連携しながら組織的な意志決定がなされています。</p> <p>○計画の策定、業務レベルにおける課題の設定 デイサービスを3ユニットに分け、事業計画をもとにユニットごとの目標を設定するなど、利用者のニーズに合わせた丁寧な対応が取られています。年2回のモニタリングにより計画の見直しを行い、職員会議等で全職員に報告を行っています。</p> <p>○事故の再発防止 事故が発生した場合は直ちに防止策をミーティング等で検討・共有化することにより再発防止に努めています。事故防止委員会の分析をもとに、デイサービス会議にて全職員で確認をし、マニュアルの見直しに繋げています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>○人材の確保・育成 採用後の資格取得支援など具体的な取り組みが行われていません。また、実習指導者に対する研修の記録が確認できませんでした。</p> <p>○利用者・家族の意向の尊重、情報交換 個別援助計画の作成やモニタリングにあたって、利用者、家族等の希望等が記録されていません。また、具体的にサービスに関する意向や要望を確認できる機会が設けられていません。</p> <p>○利用者保護 「高齢者虐待防止法」「プライバシーの保護」の研修の記録が確認できませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>ゆったりとした雰囲気の中、デイサービスを楽しまれている利用者の様子から、利用者職員との信頼関係が確実に構築されていることを実感しました。デイサービスを3ユニットに分け、小規模ケアのメリットを生かしながら、利用者のニーズに合わせた丁寧な対応が行われています。</p> <p>今後は更に、サービスの質の向上に努めていただけるよう、以下の点についてアドバイスいたします。</p> <p>○人材の確保・育成</p> <p>資格取得の支援は、職員の育成はもとより、介護職員の確保が困難な中、有資格者を確保していく一つの手段としても有効です。勉強会の実施や受験対策講座等への参加費の助成など検討されることをお勧めします。</p> <p>また、実習指導者に対する研修は、直接的に職場のOJTにもつながりますので、指導的職員への研修については、研修計画の中に位置づけ、実施した記録（研修のレポート等）を残してください。</p> <p>○利用者・家族の意向の尊重、情報交換</p> <p>個別援助計画の作成やモニタリングにあたっては、利用者、家族等の希望や意向等を確認し、記録する必要があります。また、計画の見直しにあたっては利用者、家族に希望等を確認してください。</p> <p>○利用者保護</p> <p>「高齢者虐待防止法」「プライバシーの保護」の研修の実施記録が確認できませんでした。研修の記録は第三者評価等で実績を確認するだけでなく、いつ、誰が、どのような研修を受けたか（または受けていないのか）を分かるようにしておくことで、全ての職員が計画的に研修を受けているかどうかを確認できるといった効果があります。これは、人材育成を図るためには必要不可欠なもので、研修の内容を再検討するためにも必要です。実施した研修は、内容、参加者等を記録に残し、その後の人材育成に活用してください。</p>
------------------	---

※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	2674000191
事業所名	デイサービスセンター シオンの里
受診メインサービス (1種類のみ)	(介護予防)通所介護事業所
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	短期入所生活介護、介護予防通所介護、 介護予防短期入所生活介護、居宅介護支援、 介護老人福祉施設
訪問調査実施日	平成26年3月25日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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
<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)		1. 理念及び運営方針を施設内に掲示するとともに、年3回の職員会議で施設長が自ら説明を行い、周知しています。 2. デイサービス会議や施設全体で行っている各委員会等などにより、組織的に意志決定が行われています。			
<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)		3. 中長期計画に基づき、年度ごとに事業計画を作成しています。年2回モニタリングを行い事業計画を見直しています。 4. デイサービスを3ユニットに分け、事業計画に基づきユニットごとの目標を設定し、半期ごとにまとめをおこなっています。			
<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	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。	A	A	

	(評価機関コメント)	<p>5. 関連法令をリスト化しています。必要に応じてマニュアルを確認し、法令順守に取り組んでいます。</p> <p>6. 施設長が各種会議に出席するなど積極的に事業運営に参加していますが、施設長自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握・評価・見直しする仕組みが確認できませんでした。</p> <p>7. 各部署での会議に出席し、状況を把握するとともに具体的な指示を行っています。</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

## 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	B
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	B
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。	A	B
(評価機関コメント)		<p>8. 採用後の資格取得支援など具体的な取り組みが確認できませんでした。</p> <p>9. 研修計画等により計画的に研修を実施していますが、職員による自主的な勉強会は行われていません。</p> <p>10. 施設には実習指導者が3名おり、実習生を積極的に受け入れています。実習指導者講習を受けた職員がデイサービスの担当者に研修を行っているとのことでしたが、その記録の確認ができませんでした。</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	B
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)		<p>11. 年次休暇以外にリフレッシュ休暇が年に6日あります。施設長が年3回面談を行い、職員の意向を把握しています。有給休暇の消化率等を組織として数値化していません。</p> <p>12. 職員全員が利用できる和室休憩室があります。カウンセラー等の専門職による相談体制はありません。</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	B
(評価機関コメント)		<p>13. 法人機関誌「ひとふさのぶどう」や「シオンの里便り」を発行しています。週3回ボランティアによる喫茶コーナーや音楽会等を積極的に取り入れています。しかし、事業所の情報公表制度等を利用者や地域住民に自ら開示していません。</p> <p>14. 西京区・洛西地域の事業所連絡会にそれぞれ参加し、情報提供をしています。デイサービスとして、地域住民の生活に役立つ講習会等の開催実績が確認できませんでした。</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
<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)		15.パンフレット、ホームページで情報を提供し、問い合わせ内容は相談受付表に記録しています。		
<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。	B	B
		(評価機関コメント)		16. 成年後見制度・地域福祉権利擁護事業(日常生活自立支援事業)に関して、情報が記載されているパンフレットがなく、重要事項説明書等にも記載がないなど、制度を推進していることが確認できませんでした。		
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
		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	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)		17. 法人独自の様式を用いてアセスメントを行っています。 18. 利用者、家族等の希望等が記録されていません。 19. 日常的に介護支援専門員等と連携し、利用者に関する情報を収集しています。サービス担当者会議に参加して多職種の意見等を確認しています。 20. ケアプランの変更合わせて個別援助計画を見直しています。モニタリングの期間等に定めがなく、3カ月に1回の見直しは行われていません。		
<b>(4) 関係者との連携</b>						
		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. 医師や医療機関等からの情報は、介護支援専門員を通じて共有しています。退院時、サービス担当者会議等に参加しています。		
<b>(5) サービスの提供</b>						
		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	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	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	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	B

	(評価機関コメント)	22. 業務マニュアルは整備していますが、見直しの基準が定められておらず、マニュアルの変更履歴も確認できませんでした。 23. 記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規定が定められていません。 24. 毎日の申し送りや申し送りノートなどにより情報の共有に努めています。 25. 送迎時に家族と話す機会がありますが、具体的にサービスに関する意向や要望を確認する機会が設けられていません。		
<b>(6) 衛生管理</b>				
	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. 感染症対策委員会でマニュアルを作成し、研修を行っています。二次感染を防ぐ対策等は個別援助計画に記載されています。 27. 事業所内は整理整頓されており、清潔さが保たれています。	
<b>(7) 危機管理</b>				
	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. マニュアルを整備し、必要な研修を行っています。 29. 事故報告書を作成し、ミーティング等で検討・共有化することにより再発防止に努めています。 30. 地域との連携については、マニュアルに盛り込まれていません。	

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	B	
	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	B	
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		31. 高齢者虐待防止法に関する研修の記録が確認できませんでした。 32. プライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供についての勉強会等の記録が確認できませんでした。 33. 利用申し込みを断ることなく受入れています。			
<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。	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)		34. 年に1度1週間にわたって敬老会を開催し、利用者や家族と懇談しています。 35. 意見・苦情・要望等の内容は公開していません。 36. 市民オンブズマンや介護相談員等の外部の機関に相談できる環境は整えられていません。		
<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てている。	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)		37. 年に1度アンケート調査を行い、複数の職員で内容をチェックし、サービスの質の向上に役立てています。 38. 毎月行うデイサービス会議、ユニット会議および月1回の代表者会議において情報を共有し、サービスの質について検討・確認を行っています。 39. 年1回以上の自己評価は実施していません。		