

# アドバイス・レポート

平成26年12月3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8月8日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた デイサービス暖団 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1《組織の理念・運営方針》 理念は「高齢者のQOL（生活の質）の向上と自立支援を目指す」を掲げ、その方針に基づき、各種運動マシンや運動用具、足浴ゾーン、マッサージベッド、口腔ケアスペースなど利用者それぞれが、機能訓練プログラムに添って筋力をつけ、身体機能の維持・回復を行い、自立した日常の生活が過ごせる事を狙っています。この「自立支援」の理念こそが利用者の誰もが願っている“健康づくり”の第1歩であることから、当事業所の通所介護利用への意欲を高めています。更に、自立支援に向けた取り組みの成果や達成感、喜びなどを検証する新たな『お出かけ事業』も立ち上げる等、会社の事業運営に対する意欲の高さが感じられます。</p> <p>通番2《組織体制》 法人組織図・事業所組織図は整っており、報告指示の流れや業務について図式化し、職員が理解し実行しやすい手順で表示されています。特筆はフロア長の判断（職員から議題収集）で開催される座談会（施設長は出席しない）であり、忌憚のない職員の考えや要望が述べられ、改善に結び付けられる等、現場の声を吸い上げる仕組みや意思決定が行われるプロセスから透明性の確保がされています。</p> <p>通番17・20《アセスメント実施》《個別援助計画等の見直し》 モニタリング時に介護計画の見直しを行い、必要に合わせ基本情報の更新が来ています。機能訓練プログラムと口腔機能向上サービス利用実施計画は1か月毎に見直しを行い、身体機能の推移は棒グラフやレーダーチャートで表示し高齢者に理解しやすい工夫がされています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>通番13・14《地域への情報公開・貢献》 専門職へのセミナー開催や企業・大学との共同研究に取り組み成果を上げていますが、事業所を地域介護の拠点と位置付け、地域に向けての広報や専門的な技術貢献等で、連携強化して行く事が望まれます。</p> <p>通番31・32《人権等の尊重》《プライバシー等の保護》 利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供や身体拘束をしないケアの取り組み、プライバシー保護が規約類や利用者の目にふれる広報やパンフレットにも明示されていませんでした。</p> <p>通番35《意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善》 利用者からは、事業毎にアンケートを取り、丁寧に検索をされ、分析・評価をされていましたが、具体的な改善には、結び付けられていませんでした。又結果を利用者にフィードバックされることが望まれます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番13・14《地域への情報公開・貢献》 地域における介護の拠点として情報を地域に開示したり、事業所が持つ専門的な技術「健康づくりに」等の取り組み等を地域に提供する等、地域のニーズの把握をしていき地域との連携を強化される事をお勧めします。</p> <p>通番31・32《人権等の尊重》《プライバシー等の保護》 利用者本位のサービス提供や、高齢者の尊厳の保持、身体拘束をしないケアの取り組みを重要事項説明書や、運営規定、利用契約書等の規約に明示され、日常のケアの振り返りをされる事をお勧めします。</p> <p>通番35《意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善》 利用者アンケート結果を具体的な改善に結び付け、利用者にフィードバックを行ったり、公開を行われる事をお勧めします。</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	2670500392
事業所名	デイサービス暖団
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護サービス
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26年10月15日
評価機関名	京都ボランティア協会

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)		1: 理念を「高齢者のQOL（生活の質）の向上と自立支援を目指す」とし、5項目の運営方針を掲げている。全体会議で話し合い理念、運営方針を実現する為に目標を掲げ、フロア会議で達成度を確認している。理念、運営方針は重要事項説明書に記載しフロアに掲示しているが、パンフレットやホームページ、広報紙への記載は見られないので、職員や利用者・地域住民らに絶えず目にふれる処への掲載で周知を期待する。 2: 事業開発部の介護サービス課による事業として、明確に位置づけられた組織体制にある。日々の運営に関して議論を重ねるフロア会議や全体会議、施設長会議等が毎月1回開催され、その結果報告を経て会社としての意思決定が行われるプロセスが確立されている。その他、各分野の職種スタッフが一堂に集い、意見を出し合う「座談会」があり、運営の在り方を見直す機会の場合も設けられている。		
<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	B
		(評価機関コメント)		3: 「利用者の願いを支援できる暖団でありたい」をモットーとして、満足度アンケートで実態調査をし、結果を分析して各種の会議で課題を明らかにし、年度当初に事業計画を策定している。各部門毎の委員会で設定したサービス目標を、上期、下期の振り返りを行い、次の事業計画の基本として位置付けている。又、中長期事業計画としては「自立支援」を方針の基本とし、デイの活用により利用者の能力を引き出し、「喜び」や「楽しみ」へと発展させていくかを課題としている。そのため、組織体制に旅行やお出かけサービス事業部を設置し試行している。 4: 各部門別に「目標設定シート」を設定し全体会議で確認し、半年毎に振り返りを行い、評価をして行く事に成っている。しかし、現時点では、取り組み期間が短くて年間の達成度評価には至っていない。		
<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。	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。	A	A
	(評価機関コメント)		5：行政等の研修で法令を学んだり、改定時には東京本社の担当者が施設長会議で伝達し、職員には伝達研修を行って、試験による確認で理解度を高める取り組みとしている。事業運営に必要な法令等の資料はファイル化して、所定の場所に保管をし、職員の誰もが、活用が出来るようにしている。なお、自主点検結果の報告は、職員に周知・理解を促す為回覧をしている。 6：管理者は他の事業との兼務もあるが、各種の会議に参加し、職務規定に定められた業務に精励している。副施設長やフロア長との連携の基で把握をし、職員の人事考課、個別面談等を通して職員の相談と指導にも努めている。自らのリーダーとしての在り方や職員からの信頼や評価に資する仕組み作りの検討を期待する。 7：施設長不在時は副施設長、フロア長が判断・指示命令が出せる体制で、事後報告を受ける仕組みで、常時、携帯電話を持ち直ぐに連絡が付くようにしている。出勤時には日報、事故報告書、ヒヤリハットを確認している。		

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。	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。	A	B	
	(評価機関コメント)		8：本社の人事部にて人事管理を行っているが、施設長会議にて人員配置等についても検討し、適材適所に向けて働きやすい環境づくりと定着率アップに努めている。資格取得者や、実務経験者や事業所が必要とする運動知識を有する健康運動指導員の採用を優先し、資格取得の為に案内を提供し、有給で優先的に受験出来るようにすると共に、合格報奨金の支給制度もある。 9：職員育成マニュアルを備えて職員研修計画表に基づき実施されている。研修には、新任研修に続き段階的な年次別研修を始めOJTにおける指導者、チームリーダー研修等があり「個別研修履歴」により管理されている。外部研修については職員に開示し、レポートの提出と全体会議で伝達研修をし、参加費や交通費の支給制度があるが、研修参加者が少ない現状である。 10：実習生を受け入れる事を基本として受け入れマニュアル及び実習指導者の受講者はいるが、実績としては中学生のチャレンジ体験やインターンシップを受け入れている。今後は、地域介護の拠点として、実習生の受け入れを拡充する為に、マニュアルに連絡窓口、オリエンテーション、利用者への配慮事項等を記入して行かれる事を期待する。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		11：毎月の勤務割り当て表は事前に職員の希望を受け入れて作成をしている。本社人事部で残業時間、有給休暇等を管理し、事業所においては情報伝達やパソコンの入力時間の効率化を図る等で環境の改善に努めている。又年間を通して、連日休暇がとれる様に、リフレッシュ休暇も実施をしている。更に、『座シャワー』の導入や機能訓練マシンの移動時の負担軽減など、介護機器の取り扱いの研修と工夫により、労働力の軽減に努めている。 12：東京本社には専門職の相談体制があるが、当事業所としては、「京都下地域産業保健センター」「大阪労災病院」「京都府自殺ストップセンター」の案内を掲示し、周知に努めている。座談会にて、不平・不満の改善を図る様にしている。職員の福利厚生制度もある。職員の休憩場所は相談室を使用しているが、日常的に心身を休める為の備品などの設置が望まれる。			
(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：パンフレットやホームページを開設し、広報誌『暖団だより』を来所者には渡しているが、理念や運営方針の記載がなく、地域に向けた具体的な情報の提供がされていない。又、地域行事にも参加できていません。今後は地域との関係づくりの取り組みが期待される。</p> <p>14：南区事業所連絡会の参加、地域包括支援センター等との連携により、地域情報やニーズの把握に努めているほか、西寺育成苑のパン販売の活用、盲学校の見学の受け入れ、障害のある人のボランティア活動の推進や福祉用具の使い方を地域包括センターで実施しているが、更に、当事業所を地域介護における「自立支援」の拠点と位置付け地域住民に対して福祉ニーズに応える還元事業を期待したい。</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)		パンフレットやホームページ、広報誌で事業所情報を得ることが出来る。施設内設備やイベント情報・食事内容が写真入りで紹介され、文字の大小や多彩な色使いで見易く分かりやすく発信している。パンフレットにサービス利用料金（介護保険適応と適応外）の記載が望まれる。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		サービス開始時に重要事項説明書（介護保険適応と適応外料金の記入あり）・利用契約書等を用い説明し、利用者本人・家族の同意を得ている。利用者の権利擁護の取り組みは該当者がなく、研修会や学習会等の取り組みや仕組みは作られてなかった。			
(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	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	A	
	(評価機関コメント)		<p>17：事業所所定のアセスメント用紙で基礎情報を把握し、居宅ケアマネージャーからの居宅介護計画書・かかりつけ医からの医師指示書を基に初回アセスメントがされ、介護計画が立案されている。モニタリング時を利用し基礎情報の見直しを行い更新している。</p> <p>18：日々の業務の中で利用者（家族）の思いの把握に努めて、3か月毎に利用者との個人面接を行っている。目標の計画期間記入と具体策に実施者記入を望む。</p> <p>19：サービス担当者会議は利用者の自宅で行い本人・家族・相談員・ケアマネで1年に1回又は更新時に行い、機能訓練計画書や口腔機能訓練の状況や主治医の意見書を貰い、合議のうえ個別援助計画の作成時に反映している。</p> <p>20：利用者の体調不良時は、相談員がかかりつけ医に連絡し職員に伝える仕組みが出来ている。個別機能訓練計画・口腔機能向上サービス利用実施計画は、毎月見直しを行い状況報告をしている。介護計画全体のモニタリングは毎月行っている。</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)		医師との連携は運動制限確認用紙にて行われている。相談員は南区マップや関係機関・団体等を一覧表でファイル化し、常時連絡の取れる体制をとっている。利用者の入院に際しては、かかりつけ医や聞いていた救急搬送病院に搬送し、居宅のケアマネージャーを通じて情報の提供を受け、退院時カンファレンスには相談員または副施設長が出席し情報の共有を図っている。			

(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：各業務マニュアルは整備されている。業務マニュアルは各職員に振り分けられ、担当一覧が作成されている。新入社員研修（パート職員を含む）はマニュアルを活用し実施している。担当者は改訂部分があれば副施設長に申請し改訂している。又、年1回の見直しを行っている。満足度調査は副施設長が分析評価を行い、ヒヤリハット・事故は事例の写真を使い、危険予知訓練として研修をしている。 23：記録の保管・保存・持ち出し・廃棄に関する規定があり、個人記録は事務所で管理している。全職員に個人情報保護の同意を得ると共に研修を行っている。日々の記録はその日のリーダーがパソコンに入力をして、終礼で申し送っている。機能訓練による身体機能の推移は棒グラフ・レーダーチャートで表示し長期にわたっての推移・比較が出来るようにしている。 24：申し送り（朝礼・終礼）やマンツーマン対応表（1対1対応利用者の名前や必要時を記入）で情報の共有化を図っている。利用者のケアカンファレンスは毎月フロア会議で行っている。申し送りや会議欠席者には回覧で日付とサインをもらっている。 25：家族への情報提供は送迎時や、連絡帳で双方向の連絡をしたり、サービス担当者会議で家族の意向を聞いたりトレーニングの様子を伝えている。広報誌「暖団だより」を2か月に1回送付して事業所での様子を知って貰っている。		
(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：感染症対策マニュアルは整備されている。京都市主催の感染症に関する研修会に出席し職員に伝達研修を行うと共に、感染症関係の資料を揃えている。又、流行時は掲示物での注意を促している。職員はインフルエンザ予防接種を会社負担で受けている。 27：職員総動員で清掃をし、ボランティアにも入って貰っている。美化委員・環境整備委員がチェックリスト表で、毎月の点検をし、指導をしている。外部委託による床清掃も年2回行っている。年中、塩素系の消毒を実施し、事業所内は清潔に保たれている。		
(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：事故対応マニュアルは整備されている。指揮命令系統（報告・指示の流れ）は図式化され、職員に周知している。送迎の乗車時の危険を知る研修として危険予知トレーニングが、副施設長により3か月に1回開催され、職員全員が受けている。 29：事故報告書・ヒヤリハット報告書を使ってフロア会議や座談会の場で職員間の共有を図り、原因の確認や再発防止に向けて討議している。車の事故では現場の写真をとって見直しに役立てた。 30：自然災害マニュアルが作成され、年2回、消防署立ち合いの基、初期消火と避難誘導の訓練を行ったり、救急救命の講習を全員が受けている。地域住民の参加は得られていない。地域に協力依頼も含め訓練時のお知らせを配ったり、地域の防災訓練の時に参加をして行かれる事をお勧めする。		

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。	B	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。	A	B	
	(評価機関コメント)		31：人権擁護マニュアル・虐待防止マニュアル・身体拘束排除マニュアルに基づき、職員研修を行い、人権に配慮したサービス運営に努めている。重要事項説明書・利用者契約書に権利擁護や身体拘束の宣言が明記されていないので検討を期待する。 32：入浴時の同性介助・面談は相談室で行う・送迎車に事業所名を書かない等、配慮がされている。個人情報マニュアルはあるがプライバシーにかかわる項目については再検討をされ事業所としての姿勢を明示される事が望まれる。 33：事業所の方針として、運動に特化したデイサービスで機能訓練をする事で自立した生活が出来るようになる事を掲げている。お試し利用制度（食事代のみ必要）を活用し、利用者（家族）と施設職員との合意で利用の可否は決めている。			
<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	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)		34・35：日常業務中や連絡帳の記載内容・モニタリング前の面接・利用者満足度アンケート調査（1回/年）昼食アンケートにより利用者の意向を聞き、対応する仕組みは出来ているが、相談がしやすい表示が配布書類や事業所にも掲示されてなかった。目に触れる処に記載される事をお勧めする。又、意見箱の設置が利用しにくい場所にあり、有効利用の有無を検討すると共に、要望・苦情や改善方法等は公開を期待する。 36：苦情窓口で第三者委員の設置は出来ていない。市民オンブズマンや介護相談員等の受け入れは今後の課題である。			
<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	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		37：利用者満足度調査（口腔ケア満足度調査を含む）は年1回行い、昼食アンケートは（年2回）委託業者と事業所とで取り組んでいる。副施設長が分析・検討をして全体会議で職員に提示しているが具体的改善には至っていない。 38：施設長会議で情報交換を行い、全体会議で報告をしている。各部門（委員会）で討議された事柄がフロア会議で検討し、全体会議で討議される仕組みがある。 39：法人の他部署職員による評価は毎年行われ分析・検討をし次年度の事業計画に反映させている。自己評価、第三者評価共に今回が初めてである。今後、評価を組織的に行う委員会を立ち上げて自己評価を毎年行い、第三者評価を3年毎に受診されることを期待する。			