

様式 7

アドバイス・レポート

平成 30 年 3 月 28 日

平成 30 年 2 月 1 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御室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>1. 労働環境への配慮</p> <ul style="list-style-type: none"> 労働環境は、人員配置が手厚く、有給休暇の取得率は高い状況でした。職員アンケートや人事考課面接により、職員の就業意向の把握に努め、多種勤務形態(日数)を設定し継続勤務できる体制がありました。その結果、職員ヒアリングでも離職率が低く働きやすい環境であることがわかりました。 <p>2. 地域への貢献</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症高齢者の声かけ模擬訓練や地域支え合い活動ボランティア講習への講師派遣を事業所の持つ機能として提供していました。また、地域のニーズは地域ケア会議やひとり親支援センターの車いす講座を通して把握していました。施設休業日には、学区社協が主催するふれあい広場として開放し、地域との関わりも大切にしていました。 <p>3. 事故の再発防止等</p> <ul style="list-style-type: none"> 事故対応マニュアルを作成し、活用され、発生後の報告と分析、予防策の検討が行われていました。また、ヒヤリハット様式を記載しやすく工夫することで報告量が増え、職員の事故に対する意識を高めていました。
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 個別援助計画等の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 毎月モニタリングを実施し、介護支援専門員に報告が行われていましたが、計画の見直しについては機能訓練加算を算定している利用者には 3 ヶ月毎に行い、以外の利用者は 6 ヶ月毎の見直しとなっていました。 <p>2. 業務マニュアルの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> 業務マニュアルを作成しサービス向上に努めていましたが、実際に職員がマニュアルに基づいた利用者支援となっているかの確認や、マニュアルの見直し時期について基準がありませんでした。

	<p>3. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <p>・意見、要望、苦情等は月 1 回の職員会議で検討し、サービスの改善につなげていましたが、改善状況について公開されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 個別援助計画等の見直し</p> <p>・安定されている方でも些細なことが原因で心身状態が大きく変化する可能性があります。個別機能訓練加算算定の利用者同様、3ヶ月ごとの見直しを実施されてはいかがでしょうか。相談員だけでは見直しが難しい状況であれば介護職員個々に担当を割振りし、相談員が統括するような役割分担も検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 業務マニュアルの作成</p> <p>・確認方法として、業務マニュアルの項目ごとに職員個々に確認するチェックシート等を導入されてはいかがでしょうか。また、見直し基準については法人本部と協議の上、時期、方法について定められてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <p>・苦情を検討し対応した結果を公開することで事業所の信頼が高まるのではないのでしょうか。公開の方法としては、ホームページや機関紙での掲載や、事業所玄関等に掲示されてはいかがでしょうか。</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	2670700083
事業所名	京都市御室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30年3月9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。	A	A
	(評価機関コメント)			1. 理念及び運営方針は、玄関に掲示し、職員会議で理念を具体的に周知していました。また、毎月発行の機関紙「御室デイサービスセンター便り」に理念を掲載し、利用者や家族に周知していました。 2. 職員会議や法人を4ブロックに分けた職種別会議から施設長会議、部長会議、理事会に順次職員の意見を反映する仕組みがありました。		
(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	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. 法人の中長期計画に基づき、職員会議で事業所の単年度計画を策定し、半期毎に評価していました。事業計画は、毎年実施するユーザーアンケートを反映した内容でした。 4. 単年度、事業計画を具体化した課題設定を行い、半期毎に評価していました。		
(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り組みを行っている。	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。	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)	<p>5. 施設長は、施設長会議や外部コンサルタントによる法令の研修を受講し、職員会議で伝達していました。各種法令は事務室の各所に置かれていましたが、法令のリスト化はなく、職員がすぐに調べられる体制ではありませんでした。</p> <p>6. 施設長は、職務分掌に役割を文書化し、職員会議で意見を述べていました。また、施設長の評価は、職場活性化アンケートに項目を設け、年1回職員に実施し、施設長会議での検討後、職員会議で報告していました。</p> <p>7. 施設長は、携帯電話の所持や各種報告書により、事業の実施状況を把握していました。また事故発生時は、即対策を実施し、時間をおいて対策の振り返りを実施していました。</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。	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	A
		(評価機関コメント)		<p>8. 資格取得助成要綱を整備し、介護福祉士・社会福祉士・介護支援専門員の模擬試験や受験対策講座の助成をしていました。</p> <p>9. 法人の研修機関「介護実習普及センター」の経験年数に応じた段階的な研修に加え、事業所内研修・法人ブロック研修を受講し、職員会議で伝達研修を実施していました。</p> <p>10. 実習マニュアルには基本姿勢を明示し、中学生の体験や社会福祉士実習、京都市チャレンジ就労体験、総合支援学校生徒の就労体験を受入れていました。</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. 労働環境は、人員配置が手厚く、有給休暇の取得率は高い状況でした。職員アンケートや人事考課面接により、職員の就業意向の把握に努め、多種勤務形態(日数)を設定し継続勤務できる体制がありました。</p> <p>12. 産業医を委託し、カウンセリングの体制を整備してストレス軽減に取り組まれていました。福利厚生制度として福利厚生センターに加入し、リフレッシュに利用していました。</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. 利用者は、地域行事の御室福祉祭りや御室作品展の出展に参加していました。事業所の運営情報は、施設を開放し学区社協が主催するふれあい広場で提供していましたが、情報の公表制度の内容は地域に広報していませんでした。</p> <p>14. 認知症高齢者の声かけ模擬訓練や地域支え合い活動ボランティア講習への講師派遣を事業所の持つ機能として提供してました。また、地域のニーズは地域ケア会議やひとり親支援センターの車いす講座を通して把握してました。</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. ホームページやパンフレット等にて必要な情報を提供していました。また見学や体験利用等にも利用者個別に対応していました。		
(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. 重要事項説明書に料金（介護保険外も含め）について記載し、契約時に説明していました。同意欄に利用者・家族または成年後見人等の署名、捺印がありました。また権利擁護事業や成年後見制度の活用も介護支援専門員を介しての提案や区社協と連携し、活用に伴う働きかけも行っていました。		
(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	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)		17. 所定のアセスメント様式を用いて利用者個々に望まれる生活を明確にしていました。また主治医とも連携を図りながら、定期的にあセスメントしていました。 18. 利用者や家族の希望を元に個々に具体的な目標設定を行い、個別援助計画書について十分に説明し同意を得た上でサービス提供が行われていました。 19. サービス担当者会議や必要に応じ、利用者の担当介護支援専門員、主治医及び他サービス事業所と意見交換や連携を図った上で個別援助計画を作成していました。 20. 毎月モニタリングを実施し、介護支援専門員に報告が行われていましたが、計画の見直しは機能訓練加算を算定している利用者には3ヶ月毎に行い、以外の利用者は6ヶ月毎の見直しとなっていました。		
(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. 地域ケア会議等に参加し、地域包括支援センターや地域の開業医、医療機関とのつながりの場を確保していました。また普段より主治医とも連携を図り、退院時には院内カンファレンスへも参加する連携体制がありました。		

(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。	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. 業務マニュアルを作成しサービス向上に努めていましたが、実際に職員がマニュアルに基づいた利用者支援となっているかの確認や、マニュアルの見直し時期について基準がありませんでした。 23. 個別援助計画に基づくサービス提供状況を利用者個々に対して細やかに記録していました。また、個人情報保護規程を整備し、書類等の取り扱いが行われていました。 24. ミーティングにおいて利用者の状態等の情報共有を図り、事業所内のカンファレンスにて意見集約する機会を設けていました。 25. 送迎時や機能訓練に伴う居宅訪問時や、連絡帳の活用にて利用者家族と情報交換、情報共有する機会を設けていました。		

(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	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. 感染症マニュアルを作成し、会議等で職員に周知することで対策及び予防につなげていました。また感染症のある利用者は、二次感染予防対策を講じた上で受け入れをする体制がありました。 27. 事業所内は所定の場所に書類や物品等を保管していました。また、職員は毎日送迎後、事業所内の清掃を行ない点検表を用いて衛生管理し、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. 事故や緊急時マニュアルを作成し、万が一の際にはマニュアルに準じて対応できるように明確化していました。また救急救命講習の参加や、看護師が主となり誤嚥予防の研修等、実践的な研修を実施していました。 29. 事故対応マニュアルを作成し活用していました。事故の発生後には報告と分析、その後の対応も周知していました。また、ヒヤリハット様式を記載しやすく工夫することで報告量が増え、職員の事故に対する意識を高めていました。 30. 災害時マニュアルを作成し、発生時の対応等を明確化していました。また、防災訓練は定期的には実施していましたが、地域との連携を意識した訓練の実施や、マニュアル等の作成には至っていませんでした。		

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。	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)		31. サービス向上委員会で、人権や自尊心を尊重したサービスの提供について振り返りを行い、問題点や課題について検討し対応していました。また、法人内研修において年1回「倫理研修」を実施し、事業所で伝達研修を行い、人権や尊厳に関する認識を深めていました。 32. 利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した接遇について、月1回の職員会議で検討し対応していました。 33. 利用受入れを断わらないことを方針とし、受け入れが困難な場合は、法人内外の他の事業所を紹介するなど、適切な対応をしていました。		
(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	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1回利用者アンケートを実施し、連絡ノートの活用や送迎時に家族に意見や要望の聞き取りをしていました。また、3ヶ月に1回「おむろ喫茶」を開催し、利用者の具体的な意向を積極的に聞き取られていました。 35. 意見・要望・苦情等は月1回の職員会議で検討し、サービスの改善につなげていましたが、改善状況について公開していませんでした。 36. 重要事項説明書に相談窓口と連絡先を記載していましたが、「苦情解決のための実務マニュアル」を整備し、苦情等に迅速に対応できる仕組みがありました。外部の人材による利用者の相談機会の確保がありませんでした。		
(3) 質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	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。	A	A
		(評価機関コメント)		37. 年1回利用者アンケートを実施した結果を職員会議で検討し、サービスの改善に努めていました。 38. 「不適切ケア」についてチェック表を作成し、月1回の職員会議、サービス向上委員会でサービスの質の向上について検討していました。 39. 職員会議で半期に1回、具体的な目標の取組について評価を行い、改善点の明確化を図り、次年度の事業計画に反映してました。		