

様式 7

# アドバイス・レポート

平成 30 年 3 月 9 日

平成 30 年 1 月 31 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衣笠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><b>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮</b></p> <p>施設長は事業所内のすべての会議に参加し、職員の意見を直接聞き指示も適切に行っていました。日々の業務や職員の状況を的確に把握していました。また、その会議の議事録を確実に職員全員へ回覧することで情報を行きわたらせ、事業所全体でサービスの質を向上しようという姿勢がうかがえました。</p> <p><b>2. 意見・要望・苦情への対応</b></p> <p>毎年行われる「満足度アンケート調査」を実施するだけでなく、本年度より茶話会形式で利用者の意向を聞く機会を設け、利用者・家族の要望を直接聞く仕組みを取り入れていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. 法令遵守の取り組み</b></p> <p>どの職員でも法令に基づく正しい判断をして業務にあたるように、関係法令を一覧化し、パソコンで調べられるようにはしていましたが、検索しなくてはならない状態でした。</p> <p><b>2. 地域への情報公開</b></p> <p>情報の公表についてパンフレットにアドレスを記載していましたが、アドレスが正確ではないため、見ることができない状態でした。</p> <p><b>3. 業務マニュアルの整備</b></p> <p>法人マニュアル、事業所のマニュアルがありましたが、年に 1 回の更新ができていませんでした。また、マニュアルが複数あり、どのマニュアルが最新のものかわからない状態でした。</p>

	<p><b>4. 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>苦情相談窓口に公的機関の記載や事業所の責任者体制、第三者委員の氏名の明示はありましたが、第三者委員への具体的な連絡方法の記載がありませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p><b>1. 法令遵守の取り組み</b></p> <p>パソコンで文字を打って検索すると誤った情報に至る可能性があります。法令に関する正しい情報を得るためには、公的なホームページへのアクセス方法(「ショートカット」や「お気に入り」機能)を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2. 地域への情報公開</b></p> <p>情報の公表に限らず、サイトの中の一部の情報(今回の場合は事業所の情報の公表内容)へのアドレスについては複雑な文字の配列となり間違える可能性があります。事業所内に内容をファイリングし設置することや、法人ホームページに事業所の情報に直結できるボタンをつけるなど、容易に確認できる仕組みを検討されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>3. 業務マニュアルの整備</b></p> <p>マニュアルは業務を円滑に、どの職員が行っても同じようにできるようになるために必要なものです。そのためには、複数のマニュアルを一本化することをお勧めします。また、業務マニュアル見直しの基準は、「いつ」「どこで」「誰が」見直すのかを明記することにより、担当が変わっても基準に基づき組織的に漏れなく取り組めるものとなります。マニュアルの見直し基準を定めてはいかがでしょうか。</p> <p><b>4. 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>第三者委員に直接連絡できる体制があることで利用者・家族の安心が図れます。法人を介さず相談できるように連絡受付時間や連絡先などを掲示に追記されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>5. その他</b></p> <p>事業所は開設から20年以上が経過し、また、職員の離職率も低いことから、様々なノウハウを積み重ねられ、より良い施設となるように継続的に取り組まれています。その反面、職員の入れ替わりが少ないゆえに、長く慣習で行っている業務があり、新たな課題が見つけにくいことがあります。</p> <p>サービス向上検討委員会等でケアの在り方を振り返る際に、改めて当たり</p>

	<p>前と思っている業務を客観的に振り返る機会を定期的に持たれることで、更に質の高いサービスが提供できるのではないのでしょうか。</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	2670100094
事業所名	京都市衣笠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・居宅介護支援
訪問調査実施日	平成30年2月15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
<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. 法人理念・事業所独自の運営理念と方針を事業所入り口に掲示し、4月の広報誌には理念を掲載して理解が深まるように努めていました。また、職員名札裏にも記載し、職員への周知を図っていました。 2. 法人内で理事会や各種会議を定めていました。また、事業所内で職員会議、サービス向上検討会議を毎月1回開催し、方針決定や備品購入など、意見を反映させる仕組みがありました。			
<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。	B	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		3. 法人で長期事業計画が示されていました。それを受けて単年度計画を策定し、半期ごとの目標を立てていました。課題の改善・方策は職員会議で毎月協議していました。 4. 毎月の職員会議やサービス向上検討会議のほか、3ヶ月に1回ケアワーカー会議、正規職員会議、4ヶ月に1回の看護師会議、6ヶ月に1回の調理員会議にて課題を取り上げ、改善に向けた計画、実施振り返りが行われていました。			
<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	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. 法人の管理者会議で法令遵守の研修に参加しているほか、法人主催の法令遵守に関する勉強会に毎年参加していました。関係法令も一覧化されており、パソコンで調べられるようにはしていましたが、検索しなくてはならない状態でした。</p> <p>6. 施設長は各種会議に参加し意見を述べているほか、年1回の職員アンケートで信頼を得ているかなど項目ごとにグラフ化し、明確にっていました。</p> <p>7. 管理者専用の携帯電話を所持し、いつでも連絡を取り指示が出せる体制でした。日々の業務の確認は朝夕のミーティングに参加し、業務日報の確認をすることで把握していました。</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。	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。	A	B
(評価機関コメント)		<p>8. 2つのフロアで事業を行う関係上、人員を基準より多く配置することを本部と取り決めていました。また、資格取得支援として法人主催で介護福祉士国家試験受験対策講座や模擬試験を実施していました。</p> <p>9. 個別に年間研修計画を定め、法人の全体研修、階層別研修や外部研修を受講していました。また、事業所内では会議の時間を使用し、事業所内研修も行っていました。</p> <p>10. 実習受け入れマニュアルがあり、それに基づいて実習の受け入れをしていました。しかし、実習指導者に対する教育は指導者の資格取得研修以降、教育、フォローする体制がありませんでした。</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	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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>11. 職員の意向や要望、人間関係については、施設長の職員ヒアリングで確認し、異動等含めて適切に対応していました。また、座ったまま入れる浴槽の導入など、職員の負担軽減にも努めていました。</p> <p>12. メンタルヘルスや体調管理に関する情報、相談窓口の案内を職員に配布していました。また、男女が別々の場所で休憩が取れるように配慮していました。</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。	A	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. パンフレットや広報紙の配布及び掲示をすることで、事業所の概要を開示していました。情報の公表はパンフレットにアドレスを記載していましたが、アドレスが正確ではないため、見ることができない状態でした。</p> <p>14. 学区の介護予防教室（すこやか学級）に毎月参加するほか、家族介護教室の実施、隣接学区の認知症カフェに参加することで、事業所が持つ専門的な技術や情報を提供していました。</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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
(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. 体験利用パンフレット、初回利用時の案内を作成し、情報提供を行いました。また、タイムスケジュールも利用者にわかりやすく大きく掲示していました。体験利用時には「体験利用総括」シートを作成し、職員間で情報共有を図っていました。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		16. 重要事項説明書と「ご利用料金について」を使用し、成年後見人制度を利用されている利用者とも適切な契約を結ばれていました。しかし、重要事項説明書の同意欄の日付が空欄となっているものがありました。			
(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	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. 法人で統一されたアセスメント様式を使用し、利用者の状況を把握していました。生活相談員マニュアルの手順に沿ってアセスメントを行い、主治医や専門職と連携を図っていました。 18. 通所介護計画（1日の予定とこれからの目標シート）を使用し、利用者や家族の意向に沿った目標を作成していました。計画書に沿ったサービス提供記録もありました。 19. 訪問薬剤管理指導報告書や主治医からのFAXで情報収集をしていました。 20. 第三者評価の定義では見直しを3ヶ月毎としています。法人では6ヶ月毎と規定し、それに従って見直しをしていました。			
(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. サービス担当者会議・入退院時のカンファレンスへの参加を通じて関係機関との連携を図っていました。また、関係機関等の連絡先一覧を作成し、利用者の状況に応じて連絡を取る仕組みがありました。			
(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. 法人で作成した業務マニュアルのほか、施設で作成したマニュアルがありましたが、見直しの基準がなく年1回の更新ができていませんでした。また見直しにあたり、苦情やヒヤリハット等の具体例を反映する仕組みがありませんでした。 23. 個人情報の取り扱いについての研修を職員会議内で行っていました。また、通所介護計画書に基づき実施したことが記録していました。 24. 毎日の朝夕のミーティング、職員会議で利用者の情報共有を図っていました。また、サービス向上検討会議内で支援についての話し合いを行っていました。 25. 利用時の状況は送迎時に家族に報告していました。また、年に2回家族会を開催し、利用者の家族と情報交換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、それに基づいて事業所内研修を行っていました。また、嘔吐緊急対応セットを洗面所や事務所に設置していました。 27. 事業所内を整理・整頓することで空間を広く使えるように工夫していました。感染症に有効な消毒剤を使用するほか、時間を決めて換気を行っていました。		

(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. 緊急時対応の研修を年1回行っていました。また、送迎車には送迎チェックリストを置き、シートベルトの確認等送迎に係る事故防止チェックを毎回行っていました。 29. 職員会議で3ヶ月に1回、ヒヤリハットの内容確認、検討を行っていました。事故が起こった際、次の日に対策を検討しケース記録と職員日誌に記載し全職員が確認していました。 30. 法人災害対応マニュアルがあり、事業所内で避難訓練をしていましたが、地域を意識した訓練が実施できていませんでした。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
(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. 事業所内に、利用者の人権や意思を尊重したサービスを行うことを宣言した理念を掲示し、人権に配慮した勉強会や研修も行ってました。 32. プライバシー保護に関する内部研修会を実施しており、トイレや浴室でのケアの在り方を検討していました。 33. 入浴設備や利用日が利用者の希望に沿えない場合は、設備環境の対応できる法人内事業所や他事業所を紹介していました。			
(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。	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)		34. 毎年行われる法人が作成する「満足度アンケート調査」を実施するだけでなく、本年度より茶話会形式で利用者の意向を聞く機会を設け、利用者・家族の要望を直接聞く仕組みを取り入れていました。 35. 利用者・家族の意向に対するマニュアルを定め対応していましたが、苦情や意見の概要や対応については公開はしていませんでした。 36. 法人全体で第三者委員を選任し、重要事項説明書や玄関に氏名の記載はありましたが、委員への具体的な連絡方法の記載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。	B	A	
	(評価機関コメント)		37. 毎年1回事業所独自の「ユーザーアンケート」を行ってました。結果は全職員で職員会議で検討し、改善につなげる仕組みとなっていました。 38. サービス向上検討会議を毎月1回開催してました。併設する居宅介護支援事業所の職員も加わることで幅広い意見交換や情報共有を図ってました。また、同法人の事業所との定期的な情報交換や他法人事業所との交流により情報交換することで自事業所と比較検討してました。 39. 法人で作成した自己評価シートを用いて事業所の評価を実施し、正規職員会議でその結果を分析、評価してました。その結果を次年度の事業計画に反映してました。また、第三者評価は3年に1回受診されており、今回で4回目の受診でした。			