

様式 7

アドバイス・レポート

平成30年3月13日

平成30年1月29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仁和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. 継続的な研修・OJTの実施</p> <p>・法人の年間計画に沿って研修が行われ、人材育成の観点から外部研修の参加を促し、決められた範囲で研修の費用負担を行い、職員会議で伝達していました。9月にはボディメカニクス・腰痛予防の研修を行い、1月からはケース検討会議が行われ、経験の浅い職員の気付きや学びを促し、業務の中で達成感や満足感を得られるような取り組みが積極的に行われていました。</p> <p>2. アセスメントの実施</p> <p>・法人で統一されたアセスメント様式と事業所独自のアセスメント様式を利用し、6ヶ月ごとに見直しを行っていました。事業所独自の様式では、前回の状態との比較ができる欄を設ける等、状態の変化が把握できるように工夫されていました。</p> <p>3. 意見・要望・苦情の受付</p> <p>・意見箱の設置や利用者アンケートの実施により、利用者の意向を拾い上げる事や、サービス向上委員会で改善点を話し合っていました。独自の取り組みとして、利用者ごとに希望を聞き、職員と行きたいところに同行する「誕生日レク」を実施しており、担当職員が個別に意見を聞く機会が出来たことで利用者を深く理解することができ、利用者の声がサービスの向上につながっていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 地域への情報公開</p> <p>・広報紙「仁和だより」を発行し、デイサービスの取り組みや利用者の様子を分かりやすく紹介し、配布されていました。上京老人福祉センターが行う地域の交流発表会にも積極的に参加し、地域のかかわりを重視していましたが、利用者や地域の住民に情報の公表制度の内容開示はありませんでした。</p>

	<p>2. 業務マニュアルの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務別の業務マニュアルが作成され、新人教育マニュアルも1週間・1ヶ月・3ヶ月・1年と段階を追って標準的な事業所業務ができているか評価ができる仕組みがありましたが、見直しの基準が明記されていませんでした。 <p>3. 第三者への相談機会の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公的機関の苦情相談窓口の記載や事業所の責任者体制や第三者委員の明示はありましたが、第三者委員の電話番号やファックス番号の明示がありませんでした。また、外部の人材を受け入れる相談体制がありませんでした。
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 地域への情報公開</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人のホームページでそれぞれの事業所の紹介が行われています。事業所情報の中で公表制度の内容を連動させて公開できるような仕組みにする等、工夫されてはいかがでしょうか。 <p>2. 業務マニュアルの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎年利用者アンケートの結果を受けてサービス向上委員会を開き、マニュアルやサービスの見直しを行っています。見直しの時期を利用者アンケート集約後のサービス向上委員会で行い、見直しの日付を明記されてはいかがでしょうか。 <p>3. 第三者への相談機会の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第三者委員に直接連絡できる体制が取られていることや外部の人材を受け入れることで相談機会の幅が広がり、利用者・家族の安心感が図れ、事業所の透明性が確保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	2670200399
事業所名	京都市仁和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2月27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)		<p>1. 法人の理念および事業所理念を事業所内に掲示していました。朝夕の職員ミーティングで理念の再確認が行われ、名札の裏に法人理念を明示していました。毎年行われる利用者アンケートに理念が浸透する内容を織り込み、法人理念の浸透を図っていました。</p> <p>2. 法人の職務分掌規程に組織の意思決定方法が明記され、毎月行われる法人内18ヶ所の施設長会議で、理事会からの運営方針が提案されるとともに、各施設からは現場の課題が提案されていました。また、法人の職務権限規程に職務ごとの権限が明記され、職種別の会議が法人単位で行われていました。</p>			
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		<p>3. 法人のホームページの中で中長期計画および、単年度の事業計画が明らかにされており、利用者アンケートを行って、課題を明確にっていました。今年度は、独自に目標設定表と目標達成表を作成し、毎月行われる職員会議をサービス向上委員会として、課題の達成度が話し合われていました。</p> <p>4. 全職種で課題の達成に取り組み、18施設を4ブロックに分けたブロックごとに課題達成のための研修計画の立案に取り組んでいました。</p>			
(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。	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	A	

		(評価機関コメント)	<p>5. 業務の運営上必要な法令に関する研修は毎月の施設長会議で行われ、職員会議で全職員に周知されてきました。平成30年の介護・医療の法令改正に関する研修会も予定されていました。</p> <p>6. 管理者の権限は法人の職務分掌に規定され、年度末には職員ヒアリングで個別に意見を聞く機会を設けていました。毎年行われる職員アンケートで管理者が評価される仕組みがありました。</p> <p>7. 管理者は事業所携帯電話を所持し、緊急時の連絡先を事業所内に掲示していました。管理者の居場所が分かるよう事業所の予定表に記載していました。また、業務日誌で毎日の状況を把握し、指示できる体制がありました。</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を実施し、段階的に必要な知識や技能を身に付けることができる。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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>8. 法人のホームページを通して必要な人材の募集を行い、人員の配置を行っていました。介護福祉士資格取得のための対策講座の費用の補助が行われていました。</p> <p>9. 法人の年間研修計画に沿って研修が行われ、人材育成の観点から外部研修の情報提供を行い、決められた枠内で費用の負担も行き、職員会議で研修内容を共有していました。9月にはボディメカニクス・腰痛予防の研修を行い、本年1月からは職員会議でケース検討会が行われ、職員の気づきや学びを促す取り組みが積極的に行われていました。</p> <p>10. 法人の実習生受け入れマニュアルに沿って看護学校や京都市職員の実習生を受け入れていましたが、実習指導者に対する研修は行われていませんでした。</p>		

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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>11. 法人の総務部と各事業所で二重の勤怠管理を行い、育児休業や介護休業の対応も行っていました。入浴の際にストレッチャーやスライドボード（移乗用具）の機器を活用し、腰痛対策も取られていました。毎年行われる健康診断で腰痛健診を行う等、職員の負担を図っていました。</p> <p>12. 職員アンケートを行い、メンタルヘルス維持のため「こころの健康相談室」の活用を勧めていました。福利厚生センター（ソウエルクラブ）への加入や社会福祉施設職員共済会による福利厚生制度がありました。</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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>13. 広報紙「仁和だより」を発行し、デイサービスの取り組みや利用者の様子を分かりやすく紹介し、配布されていました。また、上京老人福祉センターが行う地域の交流発表会にも積極的に参加し、地域のかかわりを重視していましたが、利用者や地域の住民に対して情報の公表制度の内容開示はありませんでした。</p> <p>14. 地域の「すこやか学級」に職員を派遣し、年4回の地域ケア会議への参加も積極的に行われていました。</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. 事業所のパンフレットを活用して分かりやすく情報を提供していました。見学や体験利用の受け入れは面接記録表を活用して記録し、対応していました。			
	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. サービス開始時の面接や契約時にパンフレットや重要事項説明書を用いて説明、同意を得ていました。成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の活用が必要な場合は、併設されている地域包括支援センターと連携して関わっていました。			
	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。	B	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と、事業所独自のアセスメント様式を使用し、6ヶ月ごとに見直しを行っていました。前回の状態との比較ができる欄を設ける等、状態の変化が把握できるように工夫されていました。 18. 利用者や家族の希望がケアプランから通所介護計画に反映されていました。初回面談やサービス担当者会議で「1日の予定とこれからの目標」を聞き取り、利用者ごとに具体的な課題が設定され、サービスの提供内容に同意を得ていました。 19. サービス担当者会議において、主治医の意見照会や介護支援専門員等と意見交換し、通所介護計画の策定に反映させていました。 20. 法人の介護サービスマニュアルに沿って、計画の見直しが実施されており、計画の変更が必要な時には、介護支援専門員との情報照会や情報交換が行われていましたが、3ヶ月ごとの見直しができていませんでした。			
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		21. 退院時カンファレンスに積極的に参加し、利用者のかかりつけ医等、関係機関との連携が取られていました。利用者ごとに関係機関の電話番号リストを作成し、緊急対応に備えていました。			

(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	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。	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。	B	A
(評価機関コメント)		22. 法人によって業務別のマニュアルが作成されていました。新人教育マニュアルも就業期間に合わせて、1週間、1ヶ月、3ヶ月、1年と、細かく設定され、活用されていましたが、見直しの基準が明記されていませんでした。 23. 日常のサービス記録は業務日誌に記録され、利用者ごとの記録に振り分けられていました。法令遵守や個人情報に関する研修も行い、記録の保管、保存、持ち出し、廃棄の規定もありました。 24. 利用者ごとの記録をもとに毎日の終了ミーティングで職員間の情報共有を図り、休みの職員にも業務日誌の閲覧を義務付ける等、情報共有が出来ていましたが、ケアカンファレンスは定期的に行われていませんでした。 25. 送迎時に利用者のその日の様子を伝えたり、連絡帳の活用で、家族との情報交換が行われていました。広報紙「仁和だより」で利用者の様子を家族に伝えていました。		

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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		26. 法人の感染症マニュアルが策定され、研修が行われ、感染症である利用者の受け入れも行っていました。マニュアルの更新が行われていませんでした。 27. 事業所内に空気清浄機や消臭スプレー消臭剤の設置を行い、臭気対策も行われていましたが、非常口に通じる廊下に備品が置かれており、緊急避難しにくい環境でした。		

(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。	B	B
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。	B	B
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	A
(評価機関コメント)		28. 法人の事故防止・緊急マニュアルがあり、緊急時の連絡網が整備されていましたが、3年前に普通救命講習の実施が行われて以降、訓練が行われていませんでした。 29. 事故発生時には事故報告書が作成されていました。事故分析表を作成し、再発防止に取り組んでいましたが、マニュアルや事故防止策の定期的な見直しが出来ていませんでした。 30. 法人の災害時対応マニュアルが整備されており、上京区総合防災訓練や仁和学区の防災訓練でバケツリレーに参加していました。また、自治連合会と一緒にハザードマップを作成する等、地域での役割を發揮していました。		

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)		<p>31. 法人の理念のもと「身体拘束ゼロ宣言」や「プライバシーポリシー」を事業所内に掲示し、高齢者虐待や身体拘束禁止の研修が行われていました。コピー機の活用を促すことで、自分で脳トレやドリルのシートを印刷でき、自己選択や自己決定が尊重されていました。</p> <p>32. 法人のプライバシーポリシーのもと事業所内に個人情報保護・セキュリティーハンドブックが配置され、研修が行われていました。カーテンや浴室の扉で羞恥心への配慮がなされ、また、利用者個々の荷物も保管場所から自由に持ち出せる工夫がされていました。</p> <p>33. 事業所の対象エリア外の利用者以外は断ったことがありませんが、曜日の調整が出来ない時は、同一法人の他事業所を紹介していました。</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	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	A	
	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. 意見箱の設置や利用者アンケートの実施により、利用者の意向を拾い上げる事や、サービス向上委員会で改善点を話し合っていました。利用者ごとに希望を聞き、行きたいところと同行する「誕生日レク」を実施しており、担当職員から個別に意見を聞く機会を作り、サービスの向上につなげていました。</p> <p>35. 法人の苦情解決マニュアルに基づき利用者アンケートの結果を集計し、結果と改善策を総評にまとめて利用者・家族に配布していました。</p> <p>36. 苦情の相談窓口に事業所責任者、公的機関や第三者委員等、外部の人材の設置はありましたが、第三者委員の連絡先の記載がありませんでした。また、ボランティアを介して相談が寄せられていましたが役割として意識付けされていませんでした。</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	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。	B	B	
	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. 毎年利用者アンケートを実施し、毎月行われる職員会議の中でサービス向上委員会として検討していましたが、調査前と調査後でサービスが改善された事を確認する仕組みがありませんでした。</p> <p>38. 職員がサービスの向上に意見を述べられるように会議を設定し、利用者アンケートの結果を話し合っていました。運転手や調理員にはアンケートの結果を配布するのみになっていました。上京区の他事業所や小規模多機能の事業所が参加し、親睦を深める「ささえ愛の会」で他の事業所の取り組みを比較検討する機会を設けていました。</p> <p>39. 利用者アンケートや、不適切ケアのチェックシートをもとに事業所の評価を実施していましたが、次年度の計画に反映する事ができていませんでした。</p>			