

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

平成 3 0 年 1 月 2 6 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 2 9 年 1 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左京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

特に良かった点とその理由 (※)	1. 管理者等によるリーダーシップの発揮 ・事業所の運営管理者は業務分掌で役割や責任について規定されており、職種会議や職員の個別ヒアリングで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は、職員の意向や管理者の評価を聞く項目があり、利用者アンケートの集計結果でも管理者によるリーダーシップは高く評価されていました。 2. 質の高い人材の確保 ・法人が定めた人事管理規定により人材の確保が行われていました。採用後の資格取得の取り組みも、費用の助成や業務日程の調整が積極的に行われ、学びの環境が確保されていました。 3. 利用者・家族の希望尊重 ・利用者のアセスメントは、生活行為で興味があるものにチェックを行う「興味・関心チェックシート」や「居宅訪問チェックシート」をもとに行われていました。ケアプランに基づく通所介護計画の策定には、「アセスメント・評価シート」の活用が行われ、利用者・家族の希望の掘り起こしが行われていました。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	1. 法令遵守の取り組み ・平成 30 年度の法改正に備えた研修を年度末に予定していましたが、職員が把握すべき法令について、必要時迅速に調べられる体制がありませんでした。 2. 地域への情報公開 ・法人の理念を記載したパンフレットや毎月発行する広報誌「きらら左京デ

	イ」を、併設するボランティアセンターや老人福祉センターに配布していましたが、情報の公表制度の内容を利用者や地域の住民に対して、自ら開示が行われていませんでした。 3. 業務マニュアルの作成 ・業務別の業務マニュアルが作成され、職種別の職務チェックシートで自己評価ができるような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。 4. 第三者への相談機会の確保 ・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ての相談体制がありませんでした。
具体的なアドバイス	1. 法令遵守の取り組み ・遵守すべき法令を正しく理解することは、提供するサービスの確たる根拠となります。職員が把握すべき法令について、誰もが迅速に調べられるように、一覧表の作成や法令を集めたホルダーを作成する等、工夫してみてください。 2. 地域への情報公開 ・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。 3. 業務マニュアルの作成 ・毎年利用者アンケートの結果を受けて業務改善会議を開き、マニュアル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業務改善会議で行うことを明記されてはいかがでしょうか。 4. 第三者への相談機会の確保 ・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	2670600135
事業所名	京都市左京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29年12月20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. 法人の理念を事業所の入り口に掲示し、利用者や見学者が直接閲覧できるようにファイリングされていました。年度末から年度初めにかけて理念の再確認が行われ、毎月発行する広報誌に掲載し、利用者や家族に配布されていました。 2. 法人のホームページの[組織・事業について]で組織体制が公開されていました。法人介護保険事業部の中に位置する17か所の施設長会議で毎月課題が話し合われ、施設長が持ち帰った内容を全員が参加する職員会議で提案し、意見を交換していました。			
	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)		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、利用者アンケートや職員アンケートをもとに具体的な課題が設定されていました。 4. 全職種で課題の達成に取り組み、毎月の職員会議で課題が明らかになれば、職種別の業務改善会議で話し合われ、課題の達成に取り組んでいました。			
(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)		5. 業務の運営上必要な法令に関する研修は法人単位で行われ、平成30年の法令改正に関する研修会も予定されていましたが、関係法令が迅速に調べられる体制がありませんでした。 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。 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。			

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。	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	A
		(評価機関コメント)		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。資格取得のために、就業日の柔軟な変更や調整も行われていました。 9. 法人の年間研修計画に沿って研修が行われ、外部研修の参加希望者には業務の調整を行う等、職員が進んで研修に参加できる仕組みがありました。職員からの気づきとして、「介護方法の統一」が提案され、勉強会が行われていました。 10. 法人の実習の受け入れマニュアルに沿って実習生を受け入れており、実習指導者の研修も行われていました。		
		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	A
		(評価機関コメント)		11. 有給休暇の消化率や時間外労働は法人の労務管理システムで管理し、毎年行われる職員アンケートやヒアリングで就業意向を把握し、不適切な残業が発生しないよう配慮されていました。リフトやスライドボードの機器の活用で腰痛対策も取られていました。 12. 法人で健康に関するアンケートを行い、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（ソウェルクラブ）への加入による福利厚生の制度はありました。		
(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)		13. 毎月広報誌「きらら左京デイ」を発行し、併設されている老人福祉センターの利用者も情報が活用できるように配布されていましたが、利用者や地域の住民に対して情報の公表制度の内容の開示はありませんでした。 14. 併設されている老人福祉センターの認知症サポーター講座の講師派遣やオレンジサロンの参加を通して、事業所が有する機能を還元していました。左京区事業者連絡会が行う「認知症行方不明者の声かけ訓練」、左京医師会の「地域連携懇談会」にも積極的に参加していました。		

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
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や毎月発行する広報誌「きらら左京デイ」を活用し、情報を提供していました。			

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、左京区社会福祉協議会や居宅介護支援事業所と連携して対応していました。			

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。	A	A
(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、毎月の職員会議でケース検討を行い、課題や要望を明らかにしていました。 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。「興味・関心チェックシート」や「居宅訪問チェックシート」をもとに利用者・家族の意見が掘り起こされ、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、計画の策定に反映させていました。 20. モニタリングは3ヶ月ごとに実施されており、毎月職員会議で行われるケース検討会議で通所介護計画を見直していました。			

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。	A	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。左京区医師会の「地域連携懇談会」に参加する等、地域医療との協力体制を取っていました。			

(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。	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。	B	A
(評価機関コメント)	22. 業務別のマニュアルを作成し、職務チェックシートで評価を行い、業務改善会議で見直していましたが、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パソコンに記録され、法令遵守や個人情報に関する研修も行っていました。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。 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。			

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. 法人の感染症マニュアルが策定され、年2回看護師が主体になって研修が行われていた。 27. 事業所内および送迎車両の清掃や消毒、整理整頓は送迎後に職員が毎日行っており、臭気対策も行われていました。			

(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	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。	A	A
	(評価機関コメント)	28. 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。また、交通事故等の対応に交通安全教室に参加し、実践的な訓練が行われていました。 29. 事故発生時には事故報告書が作成されていました。また、終了ミーティングで起こった事故の検討も併せて行ない、マニュアルの見直し等再発防止に取り組んでいましたが、保険者への報告基準が把握できておらず、報告していないケースがありました。 30. 法人の災害時対応マニュアルが整備されており、年2回消防署員立ち合いのもと、併設されている合同福祉センターとの合同訓練が行われていました。			

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)		31. 法人の理念のもと、不適切ケアのチェックシートを作成し、チェックの結果をもとに高齢者虐待や身体拘束禁止の研修が行われていました。 32. 法人のプライバシーポリシーのもと研修が行われていました。また、利用者個々のプライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供が行われているかを職員会議で話し合い、必要に応じて通所介護計画に載せていました。 33. 空き情報を定期的に発信し、スムーズな受け入れが出来るように配慮していました。曜日の調整が出来ない時は、同一法人の事業所または近隣の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。	B	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てている。	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. 送迎時や連絡帳で本人、家族とのコミュニケーションの機会を設けたり、意見箱の設置で苦情を把握していましたが、利用者の個別の面接や懇談会を定期的に行っていませんでした。 35. 利用者アンケートの結果を集計し、結果と改善策を利用者・家族・介護支援専門員に公開していました。 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せんでしたが、第三者委員の連絡先の記載がありませんでした。また、外部人材を受け入れての相談体制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。	A	A	
(評価機関コメント)		37. 毎年利用者満足度アンケートを実施し、毎月行われる職員会議の中で集計した結果をサービス向上委員会で検討していました。 38. 職員全員が毎月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、特に要望の多い食事に関しては、調理員からも意見が積極的に述べられていました。法人の17施設を4ブロックに分けて、他事業所の見学に行く等、質の向上に積極的に参加していました。 39. 不適切ケアのチェック表をもとに事業所の評価を実施し、目標達成度に応じて次年度の事業計画に反映していました。			