

様式 7

アドバイス・レポート

平成 29 年 2 月 7 日

平成 28 年 12 月 30 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 老人デイサービスセンター山城ぬくもりの里様につきましては、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. 専門家等に対する意見照会</p> <p>個別援助計画の策定に当たり担当学会議の内容を記入した通所カンファレンス記録を作成し、各専門職（介護職や作業療法士・看護職）から意見を引き出しやすい様式の工夫がありました。</p> <p>2. 職員間の情報共有</p> <p>よりよいサービス提供、利用者の安心につなげるため、利用者の日々の様子、対応の変化を申し送りノートを活用し、職員間で情報共有されていました。また、事故報告書や会議録も確実に確認し、利用者の把握に努めておられました。</p> <p>3. 人権等の尊重</p> <p>尊厳の保持や身体拘束ゼロについては、「身体拘束ゼロ推進委員会」が設置されていました。身体拘束について職員にアンケートを実施され、また同法人の他事業所に半日パトロールの実施などされ虐待防止に努めておられました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 業務マニュアルの作成</p> <p>マニュアルに基づいたサービスの実施がされているか確認する仕組みがなく、見直し基準も明文化されていませんでした。マニュアルの更新はされていないものがありました。</p> <p>2. 意見・要望・苦情への対応とサービスの改善</p> <p>利用者の意向（意見・要望・苦情）を広く拾い上げ、対策検討し、解決策を講じ、全職員には、申し送りなどにて周知徹底をされておりましたが、利用者や家族への公開は行われていませんでした。</p>

	<p>その他</p> <p>組織の理念・運営方針は手順を踏んで策定されていましたが、掲示場所がわかりにくいところでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>1. 業務マニュアルの作成</p> <p>マニュアルの見直し基準を明確にすることで常に最新のマニュアルとなります。また、いつでも職員が閲覧できるようにひとつのファイルにまとめ、整理をすることでより実用的なマニュアルにつながります。</p> <p>マニュアルが活かされているか会議で話し合う機会を確保してみたいかがでしょうか。そのことで業務や手順の統一性が図れ、質の高いサービスにつながるのではないのでしょうか。</p> <p>2. 意見・要望・苦情への対応とサービスの改善</p> <p>ホームページや「デイサービスたより」などを利用し、また施設に掲示する方法を用いて、公開されてはいかがでしょうか。どのような意見も公開することで事業所の姿勢が評価され、ますます信頼される事業所となっていくのではないのでしょうか。</p> <p>3. その他</p> <p>施設訪問をされた方から見やすい場所と文字で理念や運営方針・第三者委員・個人情報保護に関する項目を掲示することで事業所の特徴が理解してもらえ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	2671400196
事業所名	老人デイサービスセンター山城ぬくもりの里
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・介護老人福祉施設 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 訪問介護・介護予防訪問介護・居宅介護支援
訪問調査実施日	平成29年1月18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	B	
	(評価機関コメント)		1. 組織の理念・運営方針は玄関・ホームページ・毎月発行の「デイサービスたより」に掲載されており、年6回の全体会議で全職員に向けて理念の周知を図り、それに基づいたサービスを提供されていました。 2. デイサービス会議・管理者会議が月1回開催され、理事会（年2回）を開催し、また気づきボックスを設置するなどして現場の声を吸い上げておられました。管理者と看護職の職務権限は役割分担表に明記されていましたが、他の職種に関しては確認できませんでした。			
(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. 1年毎の短期計画を策定し、半年毎にデイサービス会議にて課題や問題点を明らかにされていました。また年1回満足度調査を実施し、課題分析・グラフによる可視化を図り、現状把握をされていました。 4. 法人全体で各委員会ごとに課題を取り上げ、年度末に各事業所での振り返りをもとに各委員会でもまとめておられました。結果デイサービス会議で半年毎に評価・検討し次年度の目標の策定につなげておられました。			
(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。	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	
	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. 木津川市の総合事業説明会や研修会に参加され、デイサービス会議・全体会議にて木津川市の取り組みの説明や法改正について職員に周知を図っておられました。関係法令は簡易的にリスト化され、必要時にはインターネットで調べることができるようにされていました。</p> <p>6. 役割分担表に管理者の役割と責任が文書化され、各種会議に参加され意見を述べておられました。年2回の人事考課の面談時やストレスチェックから自らの行動評価について職員から確認されていました。</p> <p>7. 管理者は現場に居ることが多く、速やかな指示ができる体制にありました。業務日誌や伝達の回覧などを確認されていました。不在時は携帯電話で連絡を取っておられました。</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. 採用時には「どういう思いで就職を希望したのか」をたずねることにしておられました。人材確保のためのプロジェクトを法人で立ち上げ、就職フェアには若い職員を派遣するなどして人材確保に努めておられました。また職員紹介制度があり有資格者紹介については紹介料の支給がありました。</p> <p>9. 年間研修計画が策定され、それに基づき研修を実施されていました。新任研修は事業所でOJTにより実施、中堅職員には外部研修受講の指示を出しておられました。また全体会議や各部所会議などで技術・知識の向上を図っておられました。</p> <p>10. 実習受け入れマニュアルがあり、法人に所属する実習指導者の指示の元、受け入れをされていました。訪問看護の実習受け入れもされていました。</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)		<p>11. 希望休を月2回まで認め、時間外勤務は事前に内容・予定時間設定を行い管理者の承認印を得るシステムとなっており、勤務状況や時間外勤務は管理者が記録保管されていました。最低でも月1回以上は有給休暇が取得できるよう配慮されていました。職員の負担軽減のためスライディングボード（移乗用具）の活用を推進されていました。</p> <p>12. 年1回メンタルヘルスチェックを実施、メンタルヘルス窓口は事務所内とトイレ入り口に掲示されていました。福利厚生として職員旅行（2年に1回）・ビアパーティや忘年会（年1回）が開催されていました。就業規則にハラスメントに関する規定がありました。</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。	A	A
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. 法人のホームページ・法人機関紙の「里たより」で事業所の情報を発信、「デイサービスたより」は利用者に配布されていました。結果、口コミで利用者の紹介が増えてきているとのことでした。地域の「夏祭り」の情報提供も実施されていました。</p> <p>14. 法人実施の第一次高齢者予防事業に事業所の職員が参加し、予防体操や口腔ケアなどの実施・情報を提供されていました。</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. ホームページや「デイサービスたより」でサービス選択に必要な情報を掲示されていました。利用の問い合わせや見学、お試し（体験）利用にも対応され、その記録は業務日誌に記載されていました。			
(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. 面接や契約時に重要事項説明書や居宅サービス利用契約書を用いて料金やサービス内容を説明し、同意を得ておられました。成年後見制度については、パンフレットの閲覧や介護支援専門員を通じて案内を行っておられました。			
(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. ケアアセスメント表（生活全体像）専用のアセスメントシートで必要な情報の抽出を行い、デイ会議や日々のミーティングを通じて利用者の様子を話し合っておられました。 18. 利用者や家族の意向を聞き取り、通所介護計画書に反映されていましたが、ケアアセスメント表には記載欄がありませんでした。 19. 介護支援専門員を通じて医師やOT（作業療法士）からの意見を収集し、個別援助計画に反映されていました。「通所カンファレンス記録」を回覧し、OTや介護職から意見を収集する仕組みがありました。 20. 「通所介護計画作成の手順」があり、見直しの時期に関しては6ヶ月となっていました。3ヶ月に1度の計画の見直しではありませんでした。			
(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. 介護支援専門員を通じて医師との連携体制を構築されており、退院前のカンファレンスにも参加されていました。事務所内に関係機関の連絡リストを掲示し、連携を図っておられました。			

(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	B
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. マニュアルに基づいたサービスの実施がされているか確認する仕組みがなく、見直し基準も明文化されていませんでした。マニュアルの更新はされていないものがありました。 23. 個人記録は鍵のかかるロッカーで保管されていました。職員に対して入職時に、個人情報の保護についての誓約書をとっておられましたが、持ち出しに関する規定が確認できませんでした。 24. 申し送りノート・情報ファイル・サービス担当者会議録やデイ会議録、事故報告書を回覧し情報の共有を図っておられました。会議に不参加の日の情報も各職員のサインをもって確認をとっておられました。 25. 日々の送迎時に職員が家族と情報交換を行い、また連絡帳を活用し、日中の様子を伝えておられました。年1回情報交換の場として家族会を開催されていました。		

(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。	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. 11月にノロウイルスについての感染症の研修が行われていました。インフルエンザ・ノロウイルス・疥癬のマニュアルが整備されていましたが、他の感染症に対するマニュアルはありませんでした。 27. 職員が必ずトイレを清掃し、また、業者によりフロアの床や廊下、トイレの清掃が行われていました。トイレ内の汚物も定期的（1日3回以上）に廃棄されていました。職員のトイレ掃除の点検表はありましたが業者からの点検表は存在しませんでした。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		28. 緊急時マニュアルがあり、年1回事故対策委員会が中心となり施設の全体会議でリスクマネジメント（誤嚥した際の対応方法などのケース検討）に関する研修を開催しておられました。 29. 事故防止マニュアルがあり、事故報告書にて家族や関係者に説明されていることを確認しました。またヒヤリハット報告がいつでも書けるようにデイフロアに用紙を置き、事故予防、情報収集をしておられました。事故やヒヤリハットの分析はデイ会議や事故対策委員会で話し合わせ、職員間で情報・対策の共有を図っておられました。 30. 自主防災委員会を設置し、年2回委員会主催で利用者を含めた避難訓練（屋間想定）を実施されていました。「山城広域災害警報対策訓練」に参加され、大雨や土砂災害時における地域との訓練をしておられました。		

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. 尊厳の保持や身体拘束ゼロについては、「身体拘束ゼロ推進委員会」が設置されていました。身体拘束について職員にアンケートを実施され、また同法人の他事業所に半日パトロールの実施などされていました。</p> <p>32. 利用者のプライバシーについては、ホームページに「個人情報保護に対する基本方針について」を掲載され、新人職員には、オリエンテーションや定期的に会議でも意識付けを行っておられました。</p> <p>33. 利用者の申し込みについては、業務日誌に記録されていました。登録人数より上回る希望があるときは一旦保留とし、曜日変更などの相談をされていました。</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。	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。	A	B	
	第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>34. 満足度調査や普段のコミュニケーション・モニタリングの他に家族会を開催し、利用者家族が相談しやすいように、相談員以外に身近な介護職員も参加するなど工夫を凝らし意向収集に努めておられました。</p> <p>35. 意見や要望、苦情内容などは、管理者に報告され、対策検討後、申し送りやデイ会議、回覧などで職員に周知されていましたが、公表はされていませんでした。</p> <p>36. 第三者委員を民生委員に依頼、傾聴ボランティアを年1~2回程度受け入れ、自由に相談できる機会を設けておられました。</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。	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)		<p>37. 年に1度満足度調査を実施し、内容を文面とグラフにて可視化し、会議にて検討・改善案を実施し、「デイサービスたより」にはその一部を掲載されていました。</p> <p>38. 月1回のデイサービス会議にて、ケアの見直しを行っておられました。欠席した職員には、会議録を回覧することで、職員全員に周知徹底されていました。他事業所の取り組みについては、専門誌を参考に、情報収集しているとのことでした。</p> <p>39. 年2回、上半期と下半期に振り返りを行い、評価内容をデイ会議にて検証し、次年度目標に反映されていました。定期的に第三者評価を実施されていました。</p>			