

# アドバイス・レポート

平成 27 年 3 月 27 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 27 年 1 月 20 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（ 崇仁デイサービス うるおい ）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<br>(※) | <p><b>1) 事業計画の策定及び業務レベルにおける課題の設定</b></p> <p>事前に職員会議等で職員の意見を反映しながら事業所の事業計画を作成しておられました。また、理念の実現に向けて中・長期計画も作成され、その目標に沿った単年度の事業計画となっていました。</p> <p>運営会議や各職種会議においても、各業務レベルの課題の共有、検討、改善のPDCAサイクルが確立されていました。課題に対して具体的に計画を策定し、専用のシートにより職員会議で計画の進捗状況を上半期に評価し、改善点を下半期の目標に掲げるなど、組織的に一体となって取り組んでおられます。専用のシートは今年度より使用しているとのことでしたが、職員にもわかりやすく作られており、今後の定着を期待致します。</p> <p><b>2) 継続的な研修・OJTの実施と人材の育成</b></p> <p>年間の研修計画が作成され、それに基づいて研修を実施しスキルアップを図り、また、OJTを中心に各職員のレベルに応じた研修にも力を入れておられました。例えば、ヒヤリハット報告書を活用し、事故防止以外にも介護技術等の未熟さによるヒヤリハットの場合は、介護技術の向上を図る勉強会を適時開催するなど、職員の気づきを深めるようなOJTを実施されていました。ただ、継続的に実施をされていた新人研修等が法人の組織変更に伴い今年度はできていないとのことでした。継続的な研修は職員の質を高めるものです。次年度に向けて実施を調整されますことを期待致します。</p> <p><b>3) 地域との交流・連携・貢献</b></p> <p>『地域とともに。開かれた施設作り』を目指して、児童館や保育園との交流や、地域の各種祭り等にも積極的に参加し交流を深めておられました。特に、地域の防災訓練や区民運動会は、デイサービスのご利用者が参加しやすいように土曜日の開催となったとのこと、地域全体で高齢者を支える風土が確立されており、その役割を貴事業所が担っていたことに感銘を受けました。</p> <p>数年後に京都市立芸術大学が同地域に移転することになり、将来地域の状況が大きく変化することが予想されますが、貴事業所も参加しておられる崇仁医療福祉ネットワークが移転の協議会の下部組織となっているとのことですので、貴事業所が持つ専門性や組織力を駆使し、今後も高齢者を含め地域住民がより暮らしやすい地域となるような『地域に住まわれる高齢者・住民の代弁者』としての活動を期待致します。</p> |
|---------------------|--|

様式 7

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p>1) 第三者への相談機会の確保<br/>         介護相談員や市民オンブズマン等、外部の人材の受け入れが無く、ご利用者の相談機会の確保が不十分でした。</p> <p>2) 利用者満足度の向上の取組み<br/>         毎年利用者アンケートを実施し、その結果も掲示等行われていましたが、調査前と調査後の結果の分析・検討が不十分でした。また、独居の利用者も多くご利用されているとのことで、書面の記入は控えられられることもあろうかと思えます。アンケート内容に含まれるような事柄について、ご利用者の声を直接聞きとる機会を持つことも必要ではないかと思われまます。</p>  |
| <p>具体的なアドバイス</p>          | <p>1) 第三者への相談機会の確保<br/>         ご利用者にとっては、直接事業所側に言い難い相談内容等がある場合、外部の人材に相談する機会が確保されていることは、利用者の声を把握する上でも事業所側にとっては重要なことです。地域と密接に関わられている貴事業所ですので、例えば、地域の役員等で組織的な仕組みを確立して、ご利用者の相談に直接対応していただける第三者を確保する等の方法などを検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2) 利用者満足度の向上の取組み<br/>         アンケート結果は会議等で検討し、改善に向けて取り組んでおられるとのことですが、改善した結果も掲示等を行いご利用者にお知らせすることにより、サービスの質とご利用者の満足度の向上が期待できます。また、前回の調査結果と今回の調査結果を比較することも同様です。更に、ホームページで調査結果及び改善状況を公表することも一つの方法ではないでしょうか。今後の計画的な取組みを期待します。また、個人での発言を控えられられる方も多くあるかと思えます。利用者懇談会のようなものを持たれたら、いろいろな意見も聞くことができ、さらなるサービスの向上につなが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。

## 評価結果対比シート

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| 事業所番号                    | 2670400510          |
| 事業所名                     | 崇仁デイサービス うるおい       |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 通所介護                |
| 併せて評価を受けたサービス<br>(複数記入可) | 介護予防通所介護、介護予防支援     |
| 訪問調査実施日                  | 平成27年2月12日          |
| 評価機関名                    | 一般社団法人 京都市老人福祉施設協議会 |

| 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)法人及び事業所の理念はパンフレットに記載され、施設内にも掲示されていました。また、契約書等にも記載されており、利用者や家族に対しては契約時に説明されていました。また、職員には年2回ある職員会議で施設長より説明されていました。2)日々のミーティングや職員会議・個人面談等で聴取した職員の意見を、法人の幹部会議にて検討されていました。またその記録を職員会議等で報告されていました。   |      |       |
| <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。  | 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)事業計画の作成と評価のプロセスを、ツールを用いて進捗の状況がわかりやすく『見える化』されていました。また、利用者アンケートも実施し広く意見を聴取されていました。4)小規模の事業所ということもあり、看護職・相談員・介護員の各会議において課題を設定し、通所介護事業部門の計画として策定されていました。   |      |       |
| <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    | 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)        |     |    | 5)集団指導後、指導内容の変更等は法人内合同で勉強会を実施し、デイにおける外出についても規程等を遵守した運営に努められるよう確認されています。6)具体的な職務役割分担を書式化されていました。年2回の職員会議と個人面談を実施し、職員からの意見が聴取される『ボトムアップ』の体制が機能していました。7)管理者が不在時はチームリーダーや相談員3名体制により、緊急事態に迅速に対応できるよう勤務が設定されていました。また、同一敷地内に法人の統括主任が配置されており、常に指示を仰げる体制となっていました。 |      |       |

| 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 |
| <b>II 組織の運営管理</b>   |     |               |    |   |      |       |
| <b>(1) 人材の確保・育成</b> |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 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)    |    | 8)有資格者や実務経験者を優先採用し、スキルアップのための研修等、資格取得の支援もされていました。9)事業所における年間研修計画を策定し、研修参加後は報告会を実施されていました。法人内では個々のキャリアアップのために、新人・中堅・管理職の各階層研修の実施について見直し・検討されていました。10)同一敷地内に地域包括支援センターがあり、社会福祉士実習の受け入れをされていました。 |      |       |
| <b>(2) 労働環境の整備</b>  |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 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)定休日の設定をされています。トイレにはファンレストテーブルが設置されており必要に応じて使用されていました。12)産業医との契約を法人でされています。また、職員共済会のカウンセラー事業も広報されています。休憩場所は確保されていましたが、環境としてはもう少し工夫が必要かと思われます。ソファやテレビ等の設置を検討されてはいかがでしょうか。                    |      |       |
| <b>(3) 地域との交流</b>   |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 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)    |    | 13)地域の行事への参加はもとより、企画や運営にも参画されていました。14)地域の医療福祉のネットワーク会議に参加されています。地域のお祭りでは健康相談のブースを設置したり、事業所では識字教室を実施し、地域ニーズに真摯に対応されていました。  |      |       |

| 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 |
| <b>III 適切な介護サービスの実施</b> |     |             |    |  |      |       |
| <b>(1) 情報提供</b>         |     |             |    |  |      |       |
|                         |     | 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)写真を多く用いたパンフレットは事業所の雰囲気や伝わるものとなっていました。よくあるご質問に対してQ&Aを作成し、応えられる要望について細かく説明をされていました。お試し利用も実施されていました。 |      |       |
| <b>(2) 利用契約</b>         |     |             |    |  |      |       |
|                         |     | 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)契約書や重要事項説明書は字体を大きくしたり、太字にする等ひと目見てわかりやすい記述となっていました。  |      |       |

### (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 | A |
| (評価機関コメント)   |    | 17)18)19)20)業所独自のアセスメントシートを活用し、面接時やケアマネジャーからの支援計画の情報を元に個別援助計画書を策定されていました。サービス担当者会議や退院直前のカンファレンスには毎回出席し、他のサービス事業所との意見交換を実施されていましたが、個別援助計画の更新6ヶ月というスパンになっていました。モニタリングや個別担当制により得た情報を出来るだけ速やかに反映されてはいかがでしょうか。個別機能訓練計画とリンクをさせて3ヵ月毎の更新により、利用者状況の変化を援助計画を基に、さらに共有化を図られてはいかがでしょうか。 |   |   |

### (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) 地域の事業所や社会福祉協議会、民生委員等とのネットワーク会議が開催されており、近隣医療機関との情報交換の場となっていました。 |   |   |

### (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。  | A | A |
| 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) 法人全体のマニュアル（ルールブック）があり、毎年4月に見直し・更新をされていました。送迎における手順等も写真入で掲載されており見易いものとなりました。23) 記録用書式は事業所独自のものでした。記載方法が手書きで日誌やケース記録と複数の資料に転記をする方法をとられていました。効率を図るためのソフトの導入を検討されてはいかがでしょうか。24) 朝・夕のミーティングを実施し、送迎時や利用者からの情報をリーダー職員に集約し、フロアや入浴の担当に報告されていました。25) 連絡帳を活用されています。独居の利用者については、大きな病状の変化等がある場合は家族及びケアマネジャーへの連絡を行うとのことでした。 |   |   |

### (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) 感染症マニュアルの見直しは看護師にて実施されています。感染症のある利用者の受け入れは主治医と連携の上対応しておられました。27) 看護師が安全衛生委員を兼務し、定期的に衛生パトロールを実施されていました。レクリエーションや運動用具は棚に整理されていました。 |   |   |

### (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 | 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) 年一回のマニュアルの見直しと送迎時における利用者の体調不良時の実践的な学びの時間を作っておられ、記録からも確認できました。29) 事故等に伴う記録の整理は経験が少ない新人職員に担当させ、事故等の分析を経験することで新たな気付きを促す機会となっていました。30) 事業所単独の消防訓練以外に地域の防災訓練への参画も毎年継続的に行っておられ、今年度は3月28日の土曜日に設定されていました。 |   |   |

| 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 |
| <b>IV利用者保護の観点</b>       |     |                       |    |  |      |       |
| <b>(1) 利用者保護</b>        |     |                       |    |  |      |       |
|                         |     | 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) 機能訓練の評価・確認とともに事業所への要望を聞き取り、記録にしておられ、それをミーティングで取り上げサービス改善に向け検討されていました。32) 利用者からの相談については相談室等他者に聞かれることの無い空間で行われていました。33) 医療ニーズの高い重度者に対しては、看護師等による事前面接を実施し、主治医との連携を図り、対応されています。  |      |       |
| <b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b> |     |                       |    |  |      |       |
|                         |     | 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    | 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)            |    | 34) 苦情報告書が一件も無いとのことでしたが、アンケートや普段からの聞き取りによる結果、個々の口頭での要望が全体のサービスに関わる事もあるかと思われます。そういった要望等を報告書により記録として残し、職員間での共有を図られてははいかがでしょうか。35) これまでも年一回のアンケートの実施と集計結果の掲示はされています。今年度より利用者担当制を実施し、日頃の思いや要望を細かく聞き取る工夫を進めておられました。36) 外部の人材の受け入れによる利用者の相談機会の確保が出来ていませんでした。 |      |       |
| <b>(3) 質の向上に係る取組</b>    |     |                       |    |  |      |       |
|                         |     | 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    | 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。  | 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) 利用者アンケートは実施されていますが、その後の改善を具体的に公表されてははいかがでしょうか。38) 法人内の統括主任等による内部監査を実施し、サービス改善のための工夫の共有や法令遵守が出来ているか等の調査をされていました。39) 内部監査と平行して運営推進会議が月一回実施され、事業計画等の進捗状況等を確認し、事業所における評価の実施と課題の明確化を図っておられました。  |      |       |