

様式 7

アドバイス・レポート

平成 30 年 2 月 13 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 30 年 1 月 9 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出水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>	<ul style="list-style-type: none"> <p>・ 労働環境への配慮</p> <p>中・重度の方の利用が多いため、事業所内にベッドを多く設置し、職員が安全に介護できるように配置を工夫していました。また、職員同士であらかじめ相談することで、有給休暇を取りやすくする工夫をしていました。</p> <p>・ 利用者満足度の向上の取り組み</p> <p>毎年ユーザーアンケート（利用者満足度調査）を行い、法人で検討会議を設置し、分析検討していました。アンケートの設問を同じものにするによって、前年度から改善されたかを比較検討することができる仕組みがありました。</p> <p>・ 質の向上に対する検討体制</p> <p>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、細かいところにまで対応していました。また、法人の他事業所の見学や交流研修を行う等、質の向上に積極的に取り組まれていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <p>・ アセスメントの実施</p> <p>初回面接時のアセスメントは実施しておりますが、それ以降のアセスメントは実施出来ていませんでした。</p> <p>・ 業務マニュアルの作成</p> <p>業務マニュアルを整備していましたが、見直しの基準が定められておらず、更新できていないマニュアルもありました。</p> <p>・ 第三者への相談機会の確保</p> <p>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</p>

	<p>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体制がありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> <p>・ アセスメントの実施</p> <p>利用者の状況を把握し、ニーズや課題を明らかにする為にはアセスメントは重要なツールとなります。定期的実施することで細かな変化も気づく事が出来ますので、定期的実施するマニュアルを定められてはいかがでしょうか。</p> <p>・ 業務マニュアルの作成</p> <p>マニュアル見直しに係る基準を定め、年1回確実にマニュアルを更新する仕組みを検討されてはいかがでしょうか。基準を定め定期的に見直しが定着することで、支援内容を振り返るという観点が職員全員に定着していくのではないのでしょうか。</p> <p>・ 第三者への相談機会の確保</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。また、法人としてボランティアの受け入れを積極的にされていることを活用し、外部の人材（傾聴ボランティア等）を受け入れることで事業所の透明性を確保してはいかがでしょうか。</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	2670200076
事業所名	京都市出水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1月23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。	B	B
	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. 法人理念を事務所に掲示していました。また、毎朝のミーティングにおいて唱和していましたが、利用者やその家族等の理解が深まるような取り組みは行われていませんでした。 2. 法人内で理事会や各種会議が設定されていました。事業所にて開かれる正職会議（常勤職員）、職員会議（全職員対象）が毎月1回あり、現場の意見がまとめられ、法人の施設長会議を経て、理事会に反映される仕組みがありました。		
(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。	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。	A	B
	(評価機関コメント)			3. 法人にて長期計画が策定されていました。また、単年度の計画は、前年度の振り返りや、ユーザーアンケートの結果分析を職員会議で行い、事業所にて立てられていました。 4. 通所介護としての事業目標は立てられていましたが、職種ごとの課題が策定されていませんでした。		
(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)	<p>5. 法人にて法令や通所介護における運営に関しての施設長研修を開催し、その内容を職員会議で周知していましたが、関係法令についてのリスト化が行われていませんでした。</p> <p>6. 外部コンサルティングを法人で導入し、上司評価のアンケートが年1回行われていました。さらに、個別に年1回の全職員対象のヒアリングも行われ、職員が意見を伝えやすい仕組みがありました。</p> <p>7. 管理者は日々のミーティングに参加し、状況把握に努めていました。また、休日を含む不在時には携帯電話を所持し、常に連絡が取れる状態でした。</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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>8. 法人主催で介護福祉士国家試験受験対策講座や、模擬試験など資格取得支援が行われていました。</p> <p>9. 法人の全体研修に加え、近隣の4施設合同で各部門ごとの研修会を開催していました。</p> <p>10. 実習生の受け入れマニュアルは法人で整備していましたが、実習指導者に対する研修は行われていませんでした。</p>		

(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	B
(評価機関コメント)		<p>11. 中・重度の方の利用が多いため、事業所内にベッドを多く設置し、職員が安全に介護できるように配置を工夫していました。また、職員同士であらかじめ相談することで、有給休暇を取りやすくする工夫をしていました。</p> <p>12. 法人にてメンタルヘルスの維持のための仕組みが確立しており、パワーハラスメント、セクシャルハラスメントについての規定はありましたが、マタニティハラスメントについてはありませんでした。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>13. 以前発行していた広報誌は、この一年休刊となっていました。来年度は広報誌を発行できるように検討していました。</p> <p>14. 上京区内の同一法人事業所(7事業所)合同で、上京区「ふれあい祭り」や、上京区老人福祉センターが主催される「わわわ祭り」に職員が参加し、介護相談や介護予防体操などを行っていました。</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. ホームページやパンフレットで事業所の情報を提供をしており、施設見学希望や問い合わせ、体験利用者の記録も業務日誌に残していました。			
(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. 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が、契約書の代理人の押印及び重要事項説明書の代理人の続柄に記載漏れがありました。			
(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。	B	B	
	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. アセスメントは全利用者に統一した様式を使用し、ニーズや課題を明らかにする為に職員会議で討議していましたが、規定に沿った定期的なアセスメントは実施できていませんでした。 18. サービス担当者会議に出席し、利用者・家族の意向を把握し確認していました。個別援助計画やサービスの提供内容について同意を得ていました。 19. 利用者の身体的な状況に応じて、介護支援専門員等と意見交換し、計画の策定に当たってはサービス担当者会議に出席していました。居宅介護計画書との整合性も図られていました。 20. モニタリングは実施し担当の介護支援専門員に報告していましたが、事業所での記録が残されていませんでした。また、計画の見直しを行う手順等は定めていましたが手順通りの運用が出来ていませんでした。			
(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. 利用者の体調不良時には主治医と直接連絡を取り合っていました。また退院後、再利用される際には退院サマリーも入手していました。			
(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。	A	A
(評価機関コメント)		22. 業務内容について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順）を整備し、それに基づいてサービスを実施していましたが、マニュアルの見直しの基準が定められていませんでした。 23. 日常のサービス記録は個人情報保護マニュアルに基づいて整備しており、利用者の状態を具体的に記録していました。また、職員会議内で個人情報に関する研修を実施していました。 24. 申し送りや業務日誌の特記事項を活用し、職員間の情報の共有を行っていました。 25. 送迎時の情報共有や連絡帳、サービス担当者会議にて利用者家族との情報交換を行っていました。		
(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。	A	B
(評価機関コメント)		26. 法人の感染症マニュアルを策定し、研修も実施していましたが、マニュアルの更新は出来ていませんでした。 27. 事業所内の清掃は職員が分担し実施していましたが、フロア内の洗面台に髭剃りを分解（髭剃りの刃など）したままで利用者が触れる所に置いてあり、安全な環境ではありませんでした。		
(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	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	B
(評価機関コメント)		28. 事故防止・緊急時マニュアルがあり、緊急時の連絡網を整備していました。また、リスクマネジメント研修を法人内で実施していました。 29. 事故発生時には事故報告書を作成し、事故の原因や対応方法についての分析はしていましたが、その分析結果をマニュアル等の評価・見直しには活用していませんでした。 30. 法人の災害時対応マニュアルを整備しており、年2回消防署の指導の下、訓練を実施していましたが、地域との連携を意識した訓練は実施していませんでした。		

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
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	B	
	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。	B	B	
	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、職員会議や就業ミーティングで日常業務の振り返りを行い、人権に配慮した勉強会や研修会、あるいは虐待防止法の研修会を実施したと聞き取りましたが、記録はありませんでした。</p> <p>32. 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や就業ミーティングで話し合い、新たにパーテーションの購入をする等、具体的な方策を講じていましたが、会議録には残していませんでした。</p> <p>33. 原則、利用申し込みは断らない方針でしたが、エリア外で調整が出来ない時は同一法人の他の事業所または近隣の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	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)	<p>34. 送迎時の情報共有や連絡帳の活用で本人、家族とのコミュニケーションの機会を設け、年1回のユーザーアンケートで意見や要望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は開催していませんでした。</p> <p>35. 年1回のユーザーアンケートで利用者や家族の意向を把握し、苦情に関しては、苦情解決のための実務マニュアルに沿って個々に対応していましたが、改善状況の公開は行われていませんでした。</p> <p>36. 苦情の相談窓口で事業所責任者、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、外部人材を受け入れる体制がありませんでした。</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。	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)	<p>37. 毎年ユーザーアンケートを実施し、集計した結果は法人単位で分析が行われていました。設問を同じ項目にすることで、どのように改善したかを比較検討できる仕組みがありました。</p> <p>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、具体的にはタオルの使い分けや電子レンジの位置を変える等、細かいところにまで対応していました。また、法人の他事業所の見学や交流研修を行う等、質の向上に積極的に取り組まれていました。</p> <p>39. 不適切ケアのチェック表をもとに事業所の自己評価を実施していました。それをもとに職員会議で改善計画を確認し、次年度の事業計画に反映していました。</p>			